

Caisse mutuelle des professions libérales et indépendantes

Société de secours mutuels régie par la loi du 7 juillet 1961
et autorisée par arrêtés ministériels du 28 mars 1969, 24 juillet 1969 et 17 février 1972

Demande d'admission du proposant

Je soussigné(e)

né(e) le

membre de la fédération, association, ordre

profession

adresse

téléphone no.

compte no.

auprès de la banque

déclare vouloir adhérer à la Caisse mutuelle des
professions libérales et indépendantes.

Je m'engage à me conformer aux statuts de la Société,
notamment à payer les cotisations dans les délais
réglementaires.

le

(signature du proposant)

Demande d'admission de l'épouse du proposant

Je soussignée

née le

épouse de

membre de la fédération, association, ordre

profession

adresse

téléphone no.

compte no.

auprès de la banque

déclare vouloir adhérer à la Caisse mutuelle des
professions libérales et indépendantes.

Je m'engage à me conformer aux statuts de la Société,
notamment à payer les cotisations dans les délais
réglementaires.

le

(signature de l'épouse du proposant)

Déclarations pour l'assurance en cas de décès

- (1) Vous proposez-vous de participer à des voyages aériens ou maritimes (entrepris en une qualité autre que celle de simple passager à bord d'un avion ou d'un navire appartenant à une société de transports agréée), de pratiquer un sport quelconque, un hobby ou une autre activité qui implique un danger particulier ?
- (2) Avez-vous déjà été refusé ou accepté moyennant surprime par une Cie d'Assurances ?

Déclarations du proposant

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Déclarations de l'épouse du proposant

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu "oui" à l'une quelconque des questions ci-dessus, veuillez préciser d'une manière complète les détails en rapport avec la (les) questions concernée(s).

Si vous êtes agé(e) de plus de 45 ans accomplis, veuillez d'office faire remplir à vos frais, par un médecin de votre choix, le rapport médical annexé.

Si vous êtes agé(e) de moins de 45 ans accomplis, il vous suffira de répondre aux questions 3 à 11 ci-après.

- (3) Etes-vous actuellement en bonne santé ?
- (4) Souffrez-vous des effets d'un accident, d'une blessure ou d'une opération ?
- (5) Prenez-vous des drogues ou des médicaments ?
- (6) Pendant les dix dernières années, avez-vous pour des raisons de santé :
- (a) interrompu ou changé votre activité professionnelle ?
- (b) consulté un médecin pour d'autres raisons que des visites de routine ?
- (c) séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement thermal ?
- (d) été soumis à un examen radiologique, ou d'autres traitements de rayons X ?
- (e) avez-vous dans votre parenté des cas de tuberculose, de cancer, de diabète, de troubles nerveux, de troubles circulatoires ou cardiaques ?

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu "non" à la question no 3 ou "oui" à l'une quelconque des questions 4, 5 ou 6, veuillez préciser d'une manière complète les détails en rapport avec la(les) question(s) concernée(s).

(7) Quel est votre poids ?

(8) Quelle est votre taille ?

(9) Votre poids est-il constant ?

Si non, a-t-il

(10) Quelle est votre consommation journalière de

(I) tabac ?

(II) alcool ?

(11) Quel est le nom et l'adresse de votre
médecin de famille ?

**Déclarations
du proposant**

kg

cm

oui ☐ non ☐

augmenté ☐ diminué ☐

Je reconnais que les déclarations ci-dessus sont exactes et sincères et que je n'ai rien caché qui puisse induire en erreur la Caisse mutuelle des professions libérales et indépendantes sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur ma tête.

Je déclare savoir que toute fausse déclaration ou toute réticence entraînerait la nullité de mon affiliation et dégagerait la Caisse mutuelle des professions libérales et indépendantes de tout engagement envers moi-même ou mes ayants droit.

Fait à

le

(signature du proposant)

**Déclarations de
l'épouse du proposant**

kg

cm

oui ☐ non ☐

augmenté ☐ diminué ☐

Je reconnais que les déclarations ci-dessus sont exactes et sincères et que je n'ai rien caché qui puisse induire en erreur la Caisse mutuelle des professions libérales et indépendantes sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur ma tête.

Je déclare savoir que toute fausse déclaration ou toute réticence entraînerait la nullité de mon affiliation et dégagerait la Caisse mutuelle des professions libérales et indépendantes de tout engagement envers moi-même ou mes ayants droit.

Fait à

le

(signature de l'épouse du proposant)

Déclarations pour l'assurance complémentaire en cas de décès par accident

- (1) Quelle est votre profession ?
Quelle fonction exercez-vous ?
Dans quelle branche d'activité ?

- (2) Exercez-vous, même à titre occasionnel, une autre profession ?
Si oui, laquelle ?

- (3) Travaillez-vous manuellement ?
Dans l'affirmation répondez par oui ou par non aux questions suivantes :

- manipulez-vous des marchandises lourdes, corrosives, radioactives ou explosives ?
- travaillez-vous dans les environs d'installations à haute tension ?
- travaillez-vous sur des chantiers, dans des carrières, sous l'eau, sous terre ?
- montez-vous sur des échafaudages, des toits, des échelles dont la hauteur dépasse 4 mètres ?

- (4) Quels sports pratiquez-vous ?

- (5) Conduisez-vous un véhicule à moteur à deux roues (avec ou sans sidecar) d'une cylindrée supérieure à 50 cm³ ?

- (6) Estimez-vous que vos activités (professionnelles ou autres) comportent un risque augmenté de décès ?

Si oui, indiquez ces risques augmentés :

- (7) Désirez-vous prolonger l'assurance complémentaire jusqu'à fin de l'exercice social au cours duquel vous avez eu 70 ans ?

Déclarations du proposant

Déclarations de l'épouse du proposant

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

d'une manière soutenue

exceptionnellement

d'une manière soutenue

exceptionnellement

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Fait à

Fait à

le

le

(signature du proposant)

(signature de l'épouse du proposant)