

Questionnaire de souscription à l'assurance SecureLife

CANCER

Nom de la personne à assurer Date de naissance :

1. Siège du cancer?

2. Date du diagnostic?

3. Stade/degré, si connu (I, II, III, IV)

4. Le cancer s'est-il propagé ou les ganglions lymphatiques ont-ils été touchés?

5. Quel type de traitement a été administré? (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)

6. Date du dernier traitement de ce type

7. Date de la dernière visite chez l'oncologue?

8. Prenez-vous actuellement des médicaments en lien avec ce cancer?

Si oui, lesquels (posologie complète)

.....
.....
.....

Par la présente, je déclare que les énoncés qui précèdent sont complets et véridiques, et que ce questionnaire fait partie de ma demande d'assurance.

Signature de la personne à assurer

Signature du témoin

Date