



APPLICATION FOR MEMBERSHIP

COMPLETE ALL DETAILS REQUESTED (PLEASE PRINT CLEARLY)

**SECTION 1 DETAILS OF PREVIOUS MEDICAL AID MEMBERSHIP - last 2 years**

Name of Society / Scheme / Plan

Membership No. \_\_\_\_\_ From 

Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

 ⇒ To 

Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

**SECTION 2 PERSONAL DETAILS OF MAIN MEMBER**

Title (mark ✓)  Mr  Mrs  Miss  Other \_\_\_\_\_ (specify) Initials \_\_\_\_\_  
 Surname BUTO TO  
 Home language KINYARWANDA Sex (✓)  M  F Date of birth 

Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
1	9	6	4	0	7	0	8

  
 First names (in full) JEAN  
 Identity No. 02511 Passport No. \_\_\_\_\_  
 Nationality RWANDESE

**SECTION 3 CONTACT DETAILS - MAIN MEMBER**

Address details - please complete both

Residential address GIKONGO  
KICUKIRO  
KIGALI - VILLE  
 City \_\_\_\_\_ Postal code \_\_\_\_\_  
 Postal address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Postal code \_\_\_\_\_  
 Tel. No. (Home) \_\_\_\_\_ (Work) 250 83525  
 Fax No. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**SECTION 4 PERSONAL DETAILS OF DEPENDANTS**

Please complete this section for your spouse and all children under 21 years of age. Please list children starting with the eldest to the youngest.

Spouse's first names NYIRARUKUNJO GRACE ID or Passport No. 02508 Sex (✓)  M  F  
 Date of birth \_\_\_\_\_ Marital status\*  S  M  D  W

Children's first names  
 1. MURAMA LEON ID or Passport No. \_\_\_\_\_ Sex (✓)  M  F  
 Date of birth 19870430 Marital status\*  S  M  D  W

2. NTEZEYONBI RICHARD ID or Passport No. \_\_\_\_\_ Sex (✓)  M  F  
 Date of birth 1994 Marital status\*  S  M  D  W

3. HBONIMPA JAVIER ID or Passport No. \_\_\_\_\_ Sex (✓)  M  F  
 Date of birth 1997 Marital status\*  S  M  D  W

4. \_\_\_\_\_ ID or Passport No. \_\_\_\_\_ Sex (✓)  M  F  
 Date of birth \_\_\_\_\_ Marital status\*  S  M  D  W

\*S=Single/M=Married/D=Divorced/W=Widowed

### SECTION 5 YOUR USUAL FAMILY DOCTOR

Surname

First names' initials

Address

Tel. No.

Fax. No.

### SECTION 6 YOUR CHOICE OF SUREMED OPTIONS AND TOP-UPS

Tick one choice only:

1. Suremed Hospital Plan A  A Only

2. Suremed Primary Healthcare Plan C  C Only

3. Suremed Enhanced Healthcare Plan B  B Only

4. Suremed Hospital Plan A + Suremed Primary Healthcare Plan C  A + C

5. Suremed Hospital Plan A + Suremed Enhanced Healthcare Plan B  A + B

6. Suremed Hospital Plan A + Suremed Primary Healthcare Plan C + Suremed Enhanced Healthcare Plan B  A + B + C

7. Joining Date

*777 9990197*

**OPTIONAL TOP-UPS**

8. Emergency Only Evacuation to South Africa

9. Emergency and/or Elective Evacuation to South Africa

### SECTION 7 EMPLOYMENT DETAILS - MAIN MEMBER

Name of your employer (Business/Company) MIJESCAFOP

Postal address of employer B.P. 1044  
KIGALI

Group No.

Tel. No.

Fax No.

e-mail

Your job title CHEF DE DIVISION "PATRIMOINE CULTUREL"

Date of commencement of employment

*19960212*

If you are on contract with your employer (Date of termination of contract)

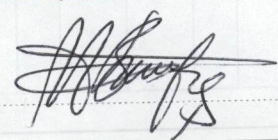
**SECTION 8 MEDICAL HISTORY - MAIN MEMBER & SPOUSE**

	Main member		Spouse	
	Yes	No	Yes	No
A. For female main members and female spouses - Are you pregnant?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
If "Yes," how many months? (Please note that a waiting period will apply)	en Angles??? ← depuis juillet 1998???			
B. For all main members and their spouses. (Other dependants see section 9). Have you ever had or been treated for any of the following:				
1. Any disorder of the heart e.g. rheumatic fever, heart murmur, coronary artery disease, chest pains, shortness of breath or palpitations?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. High blood pressure or disease of the blood vessels or circulatory disorder?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
3. Any respiratory or lung trouble e.g. asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Any disorder of the digestive system, gall bladder or liver, e.g. actual or suspected gastric or duodenal ulcer, recurrent indigestion or hiatus hernia?	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
5. Disease or disorder of kidneys, bladder or reproductive organs, e.g. albumin in urine, stones, prostatitis, pancreatitis or venereal disease?	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
6. Any nervous or mental complaint e.g. epilepsy, blackouts, paralysis, anxiety state or depression?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
7. Ear, eye, nose or throat disorder, e.g. ear discharge, defective vision, recurrent tonsillitis?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Disorder or disease of muscles, bones, joints, limbs, spine e.g. rheumatism, arthritis, gout, slipped disc or other back trouble?	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
9. Diabetes, sugar in urine, thyroid or other glandular or blood disorder?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
10. Cancer, growth or tumour of any kind?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
11. Any tropical disease, e.g. bilharzia.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
12. Any other illness, disorder, disability or accident which required hospitalisation, specialist, radiological, surgical or pathological investigations during the past 5 years?	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
13. Do you have any physical (including dental) abnormality, deformity, handicap or defect, whether congenital or as a result of an accident, disease or some other cause?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
14. Do you suffer from any ailment or disease at present?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Are there any other circumstances not mentioned elsewhere in this declaration / questionnaire, relating to past or present diseases, accidents, operations or other conditions including pregnancy for which advice has been sought or treatment has been received or recommended during the past 5 years?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
16. Are you expecting to undergo any procedure, operation, confinement or receive any major dental treatment during the next 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17. Have you had any surgical procedure in the past?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
18. Have you received advice to quit smoking?.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
19. Have you received counselling for or treatment of any substance abuse?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

If you or your spouse have answered "Yes" to any of the above, please provide full details in the space provided below. (If space is insufficient, please append a separate sheet).

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

**FAILURE TO DISCLOSE MATERIAL INFORMATION OR THE PROVISION OF INCORRECT INFORMATION CAN RENDER YOUR MEMBERSHIP AND THAT OF YOUR DEPENDANTS NULL AND VOID.** I, the undersigned, hereby make application to become a member of the abovementioned Plan. I understand that any false statement in my application form or the non-disclosure of any material information in this form will render my membership null and void. I warrant that the answers in this application form are true, correct and complete and I acknowledge that such answers are all material. I hereby authorise the hospital authorities/medical or dental practitioners who have treated me or any of my dependants to disclose to the Plan the records relating to such current or previous hospitalisation/medical treatment and to allow the Plan to receive extracts from such records and undertake to assist in obtaining such information. I undertake to advise the Plan of any change in my state of health or that of my dependants which occurs prior to my receiving written acceptance of this application. I acknowledge and authorise Suremed Administrators S.A. or their representatives to assist me, my dependants or my Medical Practitioner in managing our medical expenses.

Date 8/2/1999 Signature 

This section to be completed for all dependants applying to join the scheme. If you have more than 5 dependants, use a second form and attach.

**SECTION 9 - DEPENDANTS' MEDICAL HISTORY**

1. Relationship to employee (State son, daughter or other). Please specify.	CHILD 1		CHILD 2		CHILD 3		CHILD 4	
	Mr	Miss	Mr	Miss	Mr	Miss	Mr	Miss
2. Title (tick appropriate box)	<input checked="" type="checkbox"/> MR	<input checked="" type="checkbox"/> MISS	<input checked="" type="checkbox"/> MR	<input checked="" type="checkbox"/> MISS	<input checked="" type="checkbox"/> MR	<input checked="" type="checkbox"/> MISS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. First name initials	<input checked="" type="checkbox"/> HURD	<input checked="" type="checkbox"/> HURD	<input checked="" type="checkbox"/> WELBY	<input checked="" type="checkbox"/> WELBY	<input checked="" type="checkbox"/> HOBBS	<input checked="" type="checkbox"/> HOBBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you pregnant? If "Yes," number of months.	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
5. Have any of your dependants ever suffered from any of the following: (Please tick appropriate box)	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Any disorder of the heart e.g. rheumatic fever, heart murmur, coronary artery disease, chest pains, shortness of breath or palpitations?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
High blood pressure or disease of the blood vessels or circulatory disorder?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any respiratory or lung trouble e.g. asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any disorder of the digestive system, gall bladder or liver, e.g. actual or suspected gastric or duodenal ulcer, recurrent indigestion or hiatus hernia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Disease or disorder of kidneys, bladder or reproductive organs, e.g. albumin in urine, stones, prostatitis, pancreatitis or venereal disease?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any nervous or mental complaint e.g. epilepsy, blackouts, paralysis, anxiety state or depression?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ear, eye, nose or throat disorder, e.g. ear discharge, defective vision, recurrent tonsillitis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Disorder or disease of muscles, bones, joints, limbs, spine e.g. rheumatism, arthritis, gout, slipped disc or other back trouble?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes, sugar in urine, thyroid or other glandular or blood disorder?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cancer, growth or tumour of any kind?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any tropical disease, e.g. bilharzia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other illness, disorder, disability or accident which required hospitalisation, specialist, radiological surgical or pathological investigations during the past 5 years?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Does the dependant have any physical (including dental) abnormality, deformity, handicap or defect, whether congenital or as a result of an accident, disease or some other cause?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Does the dependant suffer from any ailment or disease at present?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Are there, in respect of any of your dependants, any other circumstances not mentioned elsewhere in this declaration / questionnaire, relating to past or present diseases, accidents, operations or other conditions including pregnancy for which advice has been sought or treatment has been received or recommended during the past 5 years?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Are any of your dependants expecting to undergo any procedure, operation, confinement or receive any major dental treatment during the next 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Have any of your dependants had any surgical procedure in the past?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Has the dependant received advice to quit smoking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Has the dependant received counselling for or treatment of any substance abuse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

If any of the above answers are "Yes," please supply full details in this space. (If space insufficient, please append a separate sheet).



DEMANDE D'ADHESION  
 EXEMPLE

VEUILLEZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES (EN LETTRES MAJUSCULES).

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHESION ANTERIEURE A UNE SOCIETE DE SOINS MEDICAUX - depuis deux ans

Dénomination de la Société / du Système / du Plan

No d'adhésion De JJMMAAAAA → À JJMMAAAAA

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ADHERENT PRINCIPAL

Titre (marque ✓)  M  Mme  Mlle  Autre (à spécifier) Initiales AB

Nom de famille CLAYTON

Langue maternelle ENGLISH Sexe (✓)  M  F Date de naissance JJMMAAAAA 18011952

Prénoms (tous les prénoms) ALAN BRUCE

No d'identité 5201185046082 No de passeport 411257215

Nationalité SOUTH AFRICAN

SECTION 3 - COORDONNEES - ADHERENT PRINCIPAL

Coordonnées - veuillez remplir les deux parties

Adresse à la maison  
 66 SANDHURST GATE  
 RIEPEN AYE  
 RIEPEN PARK  
 SANDTON Ville Code postal

Adresse postale  
 BP 2755  
 RIYONIA  
 SOUTH AFRICA Ville Code postal

No. de Téléphone (à la maison) 011 325 3114 (Au Travail) 250 87586

No. de Fax 325 3114 e-mail

SECTION 4 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES DEPENDANTS

Veillez remplir cette section en ce qui concerne votre époux/épouse et tous les enfants de moins de 21 ans. Veillez faire une liste des enfants, du plus âgé au plus jeune.

Nom et prénoms de l'époux/épouse LINDA CLAYTON No de la Carte d'Identité ou du Passeport 5410231930202 Sexe (✓)  M  F Date de naissance Situation de famille C M D V

Nom et prénoms des enfants

1. RUDI CLAYTON No de la Carte d'Identité ou du Passeport Sexe (✓)  M  F Date de naissance 06011978 Situation de famille C M D V

2. CHARMAINE CLAYTON No de la Carte d'Identité ou du Passeport Sexe (✓)  M  F Date de naissance 24091979 Situation de famille C M D V

3. No de la Carte d'Identité ou du Passeport Sexe (✓)  M  F Date de naissance JJMMAAAAA Situation de famille C M D V

4. No de la Carte d'Identité ou du Passeport Sexe (✓)  M  F Date de naissance JJMMAAAAA Situation de famille C M D V

SECTION 5 - VOTRE MEDECIN DE FAMILLE HABITUEL

Nom de famille DR SMITH  
 Prénoms / initiales J  
 Adresse BP 613  
JOHANNESBURG  
 No. de Téléphone 011 325 3046  
 No. de Fax 011 325 30916

SECTION 6 - VOTRE CHOIX DES OPTIONS DE SUREMED ET DES SUPPLEMENTS

Veillez cocher un seul choix:

- 1. Le Plan d'Hôpital A de Suremed Seulement le Plan A
- 2. Les Soins de Santé Primaires du Plan C de Suremed Seulement le Plan C
- 3. Les Soins de Santé Améliorés du Plan B de Suremed Seulement le Plan B
- 4. Le Plan d'Hôpital A de Suremed + Les Soins de Santé Primaires du Plan C de Suremed A + C
- 5. Le Plan d'Hôpital A de Suremed + Les Soins de Santé Améliorés du Plan B de Suremed A + B
- 6. Le Plan d'Hôpital A de Suremed + Les Soins de Santé Primaires du Plan C de Suremed + Les Soins de Santé Améliorés du Plan B de Suremed A + B + C

7. Date d'adhésion

J J M M A A A A  
 0 1 0 1 1 9 9 9

SUPPLEMENT FACULTATIFS

- 8. Seulement l'Evacuation d'Urgence vers l'Afrique du Sud
- 9. L'Evacuation d'Urgence et / ou traitement facultatif vers l'Afrique du Sud

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAIL - ADHERENT PRINCIPAL

Dénomination de votre employeur (Entreprise / Société) RHANDAY GOVERNMENT  
 Adresse postale de l'employeur BP 4595  
KIGALI

No. du Groupe

No. de téléphone 0250 87586

No. de fax 0250 87587

} WORK TELEPHONE NUMBER

e-mail

Votre emploi

Date du commencement du travail  
 J J M M A A A A  
 0 1 0 1 1 9 5 0

Si vous avez signé un contrat avec votre employeur (Date de la fin du contrat)  
 J J M M A A A A

**ANN 8 - HISTOIRE MEDICALE - ADHERENT PRINCIPAL ET CONJOINTS**

	Adhérent Principal		Epoux	
	Oui	Non	Oui	Non
✓ Pour les adhérentes principales et les conjoints - Etes-vous enceinte?				
Si "Oui", depuis combien de mois? (Veuillez noter qu'une période d'attente sera applicable.)				
B. Pour tous les adhérents principaux et pour leurs conjoints (Pour les autres dépendants, voir la section 9.) Avez-vous jamais eu, ou avez-vous jamais eu du traitement, pour aucun des suivants:				
1. Un problème au coeur, p.e. le rhumatisme articulaire aigu, le souffle au coeur, la maladie des artères coronaires, des douleurs de la poitrine, la respiration coupée ou des palpitations?				
2. Une tension élevée ou une maladie des vaisseaux sanguins ou de la circulation?				
3. Une difficulté respiratoire ou pulmonaire, p.e. l'asthme, la bronchite, une toux persistante, la tuberculose?				
4. Une maladie du système de digestion et de la vésicule biliaire ou du foie, p.e. un ulcère réel ou présumé gastrique ou duodéal, l'indigestion périodique ou une hernie hiatus?				
5. Une maladie ou des problèmes aux reins, à la vessie ou aux organes de la reproduction, p.e. de l'albumine dans l'urine, des calculs, la prostatite, une maladie du pancréas ou une maladie vénérienne?				
6. Un problème nerveux ou mental p.e. l'épilepsie, des évanouissement, une paralysie, des anxiétés ou une dépression?				
7. Une maladie de l'oreille, de l'oeil, du nez ou de la gorge, p.e. une perte de l'ouïe, la vue défectueuse, une amygdalite périodique?				
8. Des problèmes ou une maladie des muscles, des os, articulations, de l'épine dorsale, des membres, p.e. le rhumatisme, l'arthrite, la goutte, une hernie discale ou d'autres troubles du dos?				
9. Le diabète, du sucre dans l'urine, soit une maladie de la thyroïde ou glandulaire ou sanguin?				
10. Le cancer, une excroissance ou une tumeur?				
11. Une maladie tropicale, p.e. la bilharziose?				
12. Une autre maladie ou infirmité, un problème ou accident qui a nécessité l'hospitalisation, ou des recherches par un spécialiste, radiologiques, chirurgicales ou pathologiques au cours des cinq dernières années?				
13. Avez-vous une anomalie physique (y compris dentaire), difformité, handicap ou défaut, congénital ou résultant d'un accident, d'une maladie ou d'une autre cause?				
14. Avez-vous une maladie en ce moment?				
15. Y a-t-il d'autres circonstances qui ne sont pas mentionnées quelque part dans cette déclaration / questionnaire se rapportant aux maladies antérieures ou actuelles, aux accidents, aux opérations ou à d'autres affections y compris la grossesse pour lesquelles vous avez dû consulter un médecin ou pour lesquelles des soins médicaux ont été reçus ou recommandés au cours des cinq dernières années?				
16. Vous attendez-vous à subir une procédure, opération ou accouchement, ou recevoir des soins dentaires importants au cours des douze mois à venir?				
17. Avez-vous jamais subi des procédures chirurgicales dans le passé?				
18. Est-ce qu'on vous a conseillé de cesser de fumer?				
19. Avez-vous consulté un service de conseil ou été soigné pour l'abus d'une substance particulière?				

REPLI  
DOIT ETRE

Si votre réponse ou celle de votre époux/épouse a été "Oui" à une des question ci-dessus, veuillez fournir tous les renseignements ci-dessous. (Si nécessaire, veuillez joindre une feuille additionnelle.)

L'OMISSION DE REPONSE AUX RENSEIGNEMENTS OU LES REPONSES INCORRECTES POURRAIENT RENDRE VOTRE ADHESION ET CELLE DE VOS DEPENDANTS NUL ET DE NUL EFFET. Je soussigné(e) par les présentes, fournis une demande pour devenir adhérent(e) du Plan mentionné ci-dessus. Je sais qu'une déclaration fautive de mon formulaire de demande ou l'omission de déclarer un renseignement approprié dans ce formulaire rendra ma demande nul et de nul effet. Je certifie que toutes les réponses sur ce formulaire de demande sont vraies, correctes et complètes et je reconnais que toutes ces réponses sont appropriées. Par la présente, j'autorise toutes les autorités de l'hôpital / tous les médecins ou dentistes qui m'ont procuré des soins médicaux ainsi qu'à ma famille de divulguer au Plan tous les dossiers rapportant à de tels soins médicaux ou d'hôpital, actuels ou antérieurs, et de permettre au Plan de recevoir les extraits de tels dossiers et je m'engage à aider à obtenir de tels renseignements. Je m'engage à avertir le Plan de tout changement de ma santé ou de mes dépendants, s'il y aurait de recevoir l'approbation par écrit de cette demande. Je reconnais et j'autorise les Suremed Administrators S.A. ou leurs représentants à m'aider ainsi qu'à aider à mes dépendants dans la gestion de mes frais médicaux.

Date

15/12/98

Signature

Cette section doit être remplie pour tous les dépendants qui demandent l'adhésion au plan. Si vous avez plus de 5 dépendants, veuillez joindre un deuxième formulaire.

**SECTION 9 - HISTOIRE MEDICALE DES DEPENDANTS**

1. Lien de parenté avec l'employé (Fils, fille ou autre. Veuillez spécifier.)

2. Titre (cochez la case appropriée)

3. Nom

4. Etes-vous enceinte? Si "Oui", nombre de mois.

5. Est-ce que l'un de vos avant droit a jamais souffert des troubles qui suivent: (Veuillez cocher la case appropriée.)

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	M	Mille	M	Mille	M	Mille	M	Mille
Une tension élevée ou une maladie des vaisseaux sanguins ou de la circulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une difficulté respiratoire ou pulmonaire, p.e. l'asthme, la bronchite, une toux persistante, la tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une maladie du système de digestion et de la vésicule biliaire ou du foie, p.e. un ulcère réel ou présumé gastrique ou duodénal, l'indigestion périodique ou une hernie hiatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une maladie ou un problème aux reins, de la vessie ou des organes de la reproduction, p.e. de l'albumine dans l'urine, des calculs, la prostatite, une maladie du pancréas ou une maladie vénérienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un problème trouble nerveux ou mental p.e. l'épilepsie, des évanouissements, une paralysie, des anxiétés ou une dépression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une maladie de l'oreille, de l'œil, du nez ou de la gorge, p.e. une perte de l'ouïe, la vue détériorée, une amygdalite périodique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des problèmes ou une maladie des muscles, des os, articulaire, de l'épine dorsale, des membres, p.e. le rhumatisme, l'arthrite, la goutte, une hernie discale ou d'autres troubles du dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le diabète, du sucre dans l'urine, soit une maladie de la thyroïde ou glandulaire ou sanguin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cancer, une excroissance ou une tumeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une maladie tropicale, p.e. la bilharziose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une autre maladie ou infirmité, un problème ou accident qui a nécessité l'hospitalisation, ou des recherches par un spécialiste, radiologiques, chirurgicales ou pathologiques au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le dépendant a une difformité ou anomalie physique (y compris dentaire), ou un handicap ou défaut, congénital ou résultant d'un accident, d'une maladie ou d'une autre cause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce le dépendant souffre d'une maladie en ce moment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ce qui concerne vos dépendants, y a-t-il d'autres circonstances qui ne sont pas mentionnées quelque part dans cette déclaration / questionnaire concernant des maladies antérieures ou actuelles, des accidents, des opérations ou d'autres conditions y compris la grossesse pour lesquels on a cherché conseil ou pour lesquels un traitement a été reçu ou recommandé au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'un de vos dépendants s'attend à subir une procédure, opération, accouchement, ou du traitement dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'aucun de vos dépendants a subi une procédure chirurgicale dans le passé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'on a conseillé au dépendant de cesser de fumer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le dépendant a utilisé un service de conseil ou reçu un traitement pour l'abus d'une substance quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMPLEZ  
OBLIGATOIREMENT  
POUR TOUTS LES  
ENFANTS