



Liste des questions types d'ordre médical posées au candidat-assuré par l'entreprise d'assurances



Modèles de questions 2012

Avant d'aller plus loin : ce que vous devez savoir...

L'objectif poursuivi par les questions médicales

Le premier moyen pour les assureurs de connaître les risques de type médicaux d'une personne est de lui demander de répondre à un **questionnaire d'ordre médical**.

Un tel questionnaire est indispensable à l'assureur afin de pouvoir apprécier le risque avant de décider de conclure un contrat et/ou d'en déterminer les conditions.

-  Ces questions doivent être claires et non susceptibles d'interprétation.

Elles peuvent porter sur différents éléments personnels : par exemple, l'activité professionnelle, l'état de santé, les opérations et traitements subis... Ces éléments portent sur l'état actuel de la santé et sur l'historique médical.

-  Sur la base des éléments fournis, le médecin-conseil apprécie le profil sur le plan médical et conseille l'entreprise d'assurances par rapport au risque encouru : acceptation aux meilleures conditions, acceptation sous conditions particulières (tarif ou franchise plus élevés, exclusion particulière...), ajournement, refus...

-  Ces questionnaires médicaux se retrouvent dans différentes branches d'assurances : revenu garanti, assurance solde restant dû, assurance-groupe, hospitalisation...

Chacune de ces branches est spécifique et chaque produit dispose de ses propres règles. Selon la branche et selon le produit concernés, le questionnaire médical utilisé peut varier au sein d'une même entreprise et d'autant plus, entre entreprises d'assurances.

-  Il est nécessaire de garder à l'esprit que **chaque réponse est un élément d'information**.



📌 C'est la situation globale de la personne qui est évaluée par le médecin-conseil. Les réponses doivent être sincères, complètes et aussi précises que possible. C'est un **ensemble d'éléments pertinents** qui est pris en considération pour l'appréciation du risque.

En pratique, un couvreur et un employé de bureau ne courent effectivement pas les mêmes risques.

📌 Le questionnaire envoyé au futur assuré constitue la première source d'informations de type médical pour l'assureur. Mais les réponses apportées peuvent donner lieu à des questions complémentaires.

📌 **Elaboration de modèles de questions claires et courantes**

Assuralia a élaboré une **liste non limitative** des questions qui se retrouvent dans les questionnaires médicaux.

Les questions types retenues sont claires et non susceptibles d'interprétation.

Ces questions se retrouvent de manière courante dans les questionnaires médicaux adressés aux patients-assurés.

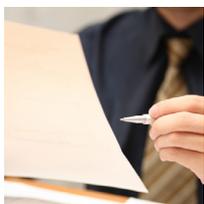
Chacune des questions fait l'objet d'une motivation bien particulière.

Assuralia met à disposition de ses membres ces questions types afin que les entreprises puissent s'en inspirer.

📌 La liste non limitative d'Assuralia reprend les **questions qui ont un rapport avec la santé de la personne à assurer**.

En pratique, les questionnaires utilisés par l'assureur comprennent aussi des questions de type administratif, par exemple celles relatives à l'identité de la personne à assurer (coordonnées, n° de compte, langue...) ou au statut social (indépendant ou salarié). Ces questions (évidentes) ne font pas partie de la liste d'Assuralia.

De même, le questionnaire utilisé par l'assureur peut également porter sur des mentions relatives au produit d'assurance souhaité ou aux autres produits d'assurances concernés. Ces questions n'affectent pas la santé en tant que telle et ne font donc pas partie de la liste retenue par Assuralia mais, en pratique, elles se retrouvent aussi dans les questions que posent les assureurs.



📌 La **structure** suivante est établie par Assuralia mais chaque questionnaire est différent et l'ordonnancement des questions est laissé à la libre appréciation de chaque assureur.

Voici la structure suivie par Assuralia dans sa liste de questions types :

Renseignements relatifs

1. à la profession
2. aux mensurations et habitudes
3. à l'état de santé actuel général
4. à l'incapacité de travail
5. aux maladies ou aux accidents
6. à un traitement
7. à des examens
8. à une hospitalisation ou une opération

📌 Le questionnaire dépend de la stratégie de l'assureur

Assuralia ne souhaite pas imposer les questions de cette liste. Elles peuvent être considérées comme des modèles de questions qui peuvent être utilisés par les entreprises d'assurance dans leurs questionnaires.

Autrement dit, les entreprises gardent leur **indépendance** quant aux questions qu'elles posent car la nature des questions dépend de la stratégie poursuivie, de la politique d'acceptation et de tarification, du produit d'assurance concerné et des conditions générales de chaque entreprise d'assurances. Le jeu de la concurrence contribue à une diversification des questionnaires. Les assureurs ont donc le choix d'utiliser ou non les questions types d'Assuralia ou d'en poser d'autres qui sont justifiables eu égard au risque à couvrir. C'est pour cette raison également que les exemples de réponses proposés sont uniquement suggérés, et non standardisés.



↳ Assuralia recommande d'utiliser des questionnaires de qualité

Outre le fait qu'Assuralia ait mis au point des questions types, elle **recommande** tout particulièrement aux entreprises d'assurances d'utiliser des questionnaires « de qualité » :

- la présentation du questionnaire est claire ;
- le formulaire comporte suffisamment de place matérielle pour répondre ;
- la formulation des questions n'est pas ambiguë ;
- le vocabulaire utilisé est compréhensible ;
- les questions sont pertinentes eu égard au risque à couvrir et peuvent se justifier ;
- les possibilités de réponses proposées sont certaines et concrètes ;
- les questions sont élaborées dans le respect de la réglementation.¹

¹ Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients, loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre les discriminations...



Liste de questions types

1. Renseignements relatifs à la profession	8
2. Renseignements relatifs aux mensurations et habitudes	9
3. Renseignements relatifs à l'état de santé actuel général	12
4. Renseignements relatifs à l'incapacité de travail	15
5. Renseignements relatifs aux maladies ou aux accidents	16
6. Renseignements relatifs à un traitement	19
7. Renseignements relatifs à des examens	22
8. Renseignements relatifs à une hospitalisation ou une opération	24



I. Renseignements relatifs à la profession

- ✓ **Profession/fonction actuelle**
Activité professionnelle accessoire éventuelle

- ✓ **Description de l'activité professionnelle et pourcentage du travail administratif ²**

- ✓ **Avez-vous dû changer de profession pour des raisons de santé ?**
Si oui, ✓ Pour quelle(s) raison(s) de santé ?
 ✓ Quand ?

- ✓ **Ancienne profession**

² Etant entendu comme toute activité sédentaire de bureau.



2. Renseignements relatifs aux mensurations et habitudes

✓ **Poids ?** ... kg

Taille ? ... cm

Votre poids a-t-il fluctué de plus de 5 kg (à la hausse ou à la baisse) durant les cinq dernières années (hors grossesse) ? Oui ou non ?

Si oui, ✓ De combien de kg (en + ou en -) ?

✓ Cause(s) de la fluctuation ?

Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre poids ? Oui ou non ?

Si oui, commentez : ...

✓ **Mentionnez, si vous le connaissez, le niveau de votre tension artérielle ?**

✓ Niveau supérieur : ...

✓ Niveau inférieur : ...

✓ **Avez-vous déjà séjourné (à l'exception des vacances) en dehors de l'Europe pendant plus de trois mois, ou comptez-vous le faire au cours des douze prochains mois ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Dans quel pays ?

✓ Quand ?

✓ Pour quel(s) motif(s) ?



✓ **Pratiquez-vous un sport ?** Oui ou non ?

- Si oui, ✓ Quel(s) sport(s) ? (éventuellement, liste d'exemples)
✓ A quelle fréquence le pratiquez-vous ?

Faites-vous de la compétition ? Oui ou non ?

- Si oui, ✓ Quelle sorte de compétition ?
✓ A quelle fréquence ?

Avez-vous un hobby ? Oui ou non ?

- Si oui, ✓ Quel(s) hobby(s) ? (éventuellement, liste d'exemples)

✓ **Consommez-vous des boissons alcoolisées ?** Oui ou non ?

Si oui, estimation de la quantité hebdomadaire consommée

- ✓ de vin ? ... verres par semaine en moyenne
✓ de bière ? ... verres par semaine en moyenne
✓ d'alcool fort ou d'apéritif ? ... verres par semaine en moyenne

Avez-vous plus consommé en moyenne dans le passé ? Oui ou non ?

Si oui, estimation de la quantité hebdomadaire consommée dans le passé

- ✓ de vin ? ... verres par semaine en moyenne
✓ de bière ? ... verres par semaine en moyenne
✓ d'alcool fort ou d'apéritif ? ... verres par semaine en moyenne

Durant quelle période ?

Avez-vous dû limiter ou arrêter votre consommation pour des raisons de santé ?



✓ **Fumez-vous ?** Oui ou non ?

Si oui, quantité journalière de

- ✓ cigarettes ? ... par jour en moyenne
- ✓ cigares ? ... par jour en moyenne
- ✓ pipes ? ... par jour en moyenne

Si non, avez-vous fumé régulièrement des cigarettes dans le passé ? Oui ou non ?

Si oui, ✓ Durant quelle période ?

- ✓ Quantité mensuelle consommée en moyenne :
... paquets de cigarettes par mois
- ✓ Quand avez-vous arrêté ?
- ✓ Avez-vous arrêté pour des raisons de santé ?

✓ **Faites-vous usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...) ?**

Oui ou non ?

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ? (éventuellement, liste d'exemples, parmi lesquels la méthadone)

✓ Quantité/Fréquence ?

Si non, ✓ Usage dans le passé ? Oui ou non ?

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ? (éventuellement, liste d'exemples, parmi lesquels la méthadone)

✓ Durant quelle période ?

✓ Quantité/Fréquence ?

✓ **Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre consommation - de tabac**

- de boissons alcoolisées

- de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...) ?

Oui ou non ?

Si oui, commentez : ...



3. Renseignements relatifs à l'état de santé actuel général

- ✓ **Avez-vous actuellement connaissance de problème(s) de santé ?**
Oui ou non ?³
 - Si oui, ✓ Quel(s) est(sont) le(s) problème(s) ?
 - ✓ Depuis quand est(sont)-il(s) présent(s) ?

- ✓ **Vous sentez-vous en bonne santé ? Oui ou non ?³**
 - Si non, ✓ Quel(s) est(sont) le(s) problème(s) ?
 - ✓ Depuis quand est(sont)-il(s) présent(s) ?

- ✓ **Avez-vous un handicap ou une invalidité ? Oui ou non ?**
 - Si oui, ✓ Lequel/Laquelle ?
 - ✓ Depuis quand ?
 - ✓ Quelle en est l'origine ?
 - ✓ Pourcentage ?

- ✓ **Avez-vous actuellement connaissance d'une maladie ou d'une affection dont vous souffrez ? Oui ou non ?**
 - Si oui, ✓ Laquelle ?
 - ✓ Depuis quand ?

³ Ces questions seront de préférence accompagnées de questions supplémentaires plus précises.



- ✓ **Pour les personnes du sexe féminin : êtes-vous enceinte ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Depuis combien de mois ?
 - ✓ Y-a-t-il eu des complications liées à cette grossesse ? Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quelle(s) complication(s) ?
 - ✓ Quand ?
 - ✓ Traitement suivi ?
 - ✓ Etat actuel (traitement en cours, guérison, séquelles...)?

- ✓ **Ces douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?

- ✓ **Avez-vous dans les trois prochains mois un rendez-vous prévu avec un médecin ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?



- ✓ **Etes-vous porteur d'une prothèse ou d'un implant (matériel d'ostéosynthèse : métal, plaque, tige, vis...) ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Laquelle ?

✓ Où ?

- ✓ **Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne pour l'exécution de tâches quotidiennes (par exemple, pour manger, vous habiller, vous déplacer, vous laver, aller aux toilettes) ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Pour quelle(s) raison(s) ?

✓ Pour quelle(s) activité(s) ?

✓ Combien d'heures par jour environ ?



4. Renseignements relatifs à l'incapacité de travail

- ✓ **Etes-vous actuellement en incapacité de travail ? Oui ou non ?**
 - Si oui, ✓ S'agit-il d'une incapacité totale ou partielle ? ... %
 - ✓ Depuis quand ?
 - ✓ Pourquoi ?

- ✓ **Avez-vous, au cours des cinq dernières années, été en incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de trois semaines ? Oui ou non ?**
 - Si oui, ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Quand ?
 - ✓ Etat actuel ?
(guérison totale ou partielle ou traitement en cours, séquelles...)

- ✓ **Recevez-vous actuellement une indemnité pour invalidité ou pour incapacité de travail ? Oui ou non ?**
 - Si oui, ✓ De manière totale ou partielle ? ... %
 - ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Depuis quand ?



5. Renseignements relatifs aux maladies ou aux accidents

📌 Maladies

- ✓ **Souffrez-vous, ou avez-vous souffert, d'une ou de plusieurs maladie(s) (exemples mentionnés ci-après) ? Oui ou non ?**

- Si oui, précisez :
- ✓ De quelle maladie il s'agit.
 - ✓ Le moment où la maladie est survenue.
 - ✓ Le traitement suivi ou prévu (consultation, opération...) et sa durée.
 - ✓ Les examens suivis ou prévus.
 - ✓ L'état actuel (guérison totale ou partielle, traitement en cours, séquelles...).
 - ✓ Et le cas échéant, date de la guérison.

📌 Cancer ou maladies malignes,

- | Préciser la partie du corps affectée.

📌 Maladies du système nerveux,

Par exemple : convulsions, paralysie, troubles de l'équilibre, syncopes, troubles de la vue, épilepsie, sclérose multiple, accident vasculaire cérébral, Parkinson, Alzheimer, migraines chroniques, autres... ?

📌 Maladies du système respiratoire,

Par exemple : tuberculose pulmonaire, bronchite ou toux chronique, asthme, autres... ?

📌 Maladies du système digestif,

Par exemple : ulcères gastriques, intestinaux, troubles de l'œsophage, du colon ou du rectum, diarrhée chronique, constipation chronique, gastro-entérite chronique, maladies du foie, maladies de la vésicule biliaire (calculs), maladies du pancréas, jaunisse (hépatite), cirrhose, hernie hiatale, maladie de Crohn, autres... ?

📌 Maladies du système circulatoire,

Par exemple : douleurs de poitrine, infarctus, souffle cardiaque, palpitations, oppression, maladie coronarienne, troubles de la tension artérielle, artériosclérose, malformation, embolie, thrombose, artérite, varices, phlébite, œdème, autres... ?



📌 Maladies des voies urinaires,

Par exemple : prostatite, présence de sang/sucre/protéines/pus dans les urines, incontinence, maladie des reins, coliques néphrétiques, cystite, calculs rénaux, autres... ?

📌 Maladies des yeux, des paupières et des voies lacrymales,

Par exemple : troubles de la vision (nature et degré), glaucome, cataracte, autres... ?
Détailler la nature du trouble, le degré par œil (et distinguer l'œil gauche et l'œil droit).

📌 Maladies nez-gorge-oreilles,

Par exemple : sinusite, surdité, troubles de l'audition, malformation du nez, acouphène, autres... ?
En cas de troubles aux oreilles, préciser la nature et le niveau des anomalies (et distinguer l'oreille droite et l'oreille gauche).

📌 Maladies de la bouche, de la mâchoire et des dents,

Par exemple : malocclusion, parodontite, autres... ?

📌 Maladies de la peau,

Par exemple : eczéma, herpès, kyste, psoriasis, mélanome, autres... ?

📌 Maladies du métabolisme,

Par exemple : diabète, maladies de la thyroïde, taux élevé de cholestérol, autres... ?

📌 Maladies du sang,

Par exemple : anémie, leucémie, hémophilie, autres... ?

📌 Maladies des os, des articulations et du système musculo-squelettique,

Par exemple : affections rhumatologiques, lumbago, hernie discale, scoliose, sciatique, arthrose, arthrite, ostéomyélite, ostéoporose, fractures, maladies aux muscles, aux ligaments, aux ménisques, aux tendons, autres... ?

📌 Maladies gynécologiques ou maladies des seins,

Par exemple : affections de l'utérus, kyste aux ovaires ou aux trompes utérines, tumeur aux seins, hypertrophie ou malformation mammaire, autres... ?

📌 Maladies psychiatriques ou problèmes psychologiques,

Par exemple, dépression, psychose, troubles de la personnalité, troubles du comportement, tentative de suicide, angoisse (anxiété, stress ou surmenage) chronique, autres... ?

📌 Maladies infectieuses ou parasitaires,

Par exemple : infection par le VIH, SIDA, malaria, maladies sexuellement transmissibles, mononucléose, septicémie, brucellose, autres... ?

📌 Autres maladies, plaintes de santé, handicaps ou invalidités ?



Accident

✓ **Avez-vous subi un accident dont découlent des lésions corporelles ?**

Oui ou non ?

- Si oui, précisez :
- ✓ La date de l'accident.
 - ✓ La (ou les) lésion(s) corporelle(s).
 - ✓ Le traitement suivi ou prévu (consultation, opération...) et sa durée.
 - ✓ Les examens suivis ou prévus.
 - ✓ L'état actuel (guérison totale ou partielle ou traitement en cours, séquelles...).
 - ✓ Et le cas échéant, date de la guérison.

✓ **En cas de traumatisme crânien, l'accident s'est-il accompagné d'une perte de connaissance ou d'un coma ? Oui ou non ?**

- Si oui, précisez :
- ✓ Durée de la perte de connaissance ou du coma ?



6. Renseignements relatifs à un traitement ⁴

Traitement médicamenteux

- ✓ **Avez-vous pris des médicaments⁵ ou des injections au cours des trois derniers mois ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

✓ Quand ?

✓ Pourquoi ?

✓ Consommation spontanée ou sur prescription médicale ?

- ✓ **Ces cinq dernières années, avez-vous consommé des médicaments (ou des injections) pendant plus de trois semaines consécutives ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

✓ Pourquoi ?

✓ Pendant quelle période ?

✓ Etat actuel (guérison totale ou partielle, traitement en cours ou séquelles) ?

- ✓ **Prenez-vous régulièrement des médicaments anti-douleurs, des somnifères ou des tranquillisants ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

⁴ Certaines questions sont très pointues. Elles peuvent en effet concerner des produits d'assurances particuliers (par exemple, une assurance couvrant les soins dentaires ou une assurance couvrant les soins de santé ambulatoires...).

⁵ Par médicament, on entend : comprimés, tablettes, sachets, sirops, suppositoires, inhalations, piqûres par voie intramusculaire ou intraveineuse ou baxters...



Autres traitements

✓ **Ces douze derniers mois, avez-vous suivi, en raison d'un problème de santé, un régime ou un traitement particulier ?**

Si oui, ✓ Quelle sorte de traitement/régime ? Exemples : kinésithérapie, logopédie, psychothérapie, homéopathie, acupuncture, chiropraxie/ostéopathie...

✓ Pourquoi ?

✓ Traitement toujours en cours ? **Oui ou non ?**

Si non, ✓ Date de la fin du traitement ?

✓ **Suivez-vous actuellement un traitement des dents (inclus orthodontie) ou un traitement stomatologique ? Ou un traitement est-il prévu ?**

Oui ou non ?

Si oui, ✓ Lequel ?

✓ Pourquoi ?

✓ Date prévue de la fin du traitement ?

Avez-vous des dents qui ont été remplacées ou qui manquent ? Combien ? (dents de sagesse non comprises)



✓ **Ces cinq dernières années, avez-vous suivi, en raison d'un problème de santé, un traitement (autre que médicamenteux) pendant plus de trois semaines consécutives ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ? Exemples : kinésithérapie, logopédie, psychothérapie, homéopathie, acupuncture, chiropraxie/ostéopathie...

✓ Pourquoi ?

✓ Période ?

✓ Etat actuel (guérison totale ou partielle, traitement en cours ou séquelles) ?

✓ **Avez-vous déjà suivi un traitement par rayons (radiothérapie) ou un traitement de chimiothérapie ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

✓ Pourquoi ?

✓ Quand ?

✓ **Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Pourquoi ?

✓ Quand ?



7. Renseignements relatifs à des examens

- ✓ **Ces cinq dernières années, avez-vous été soumis à une prise de sang ?**
Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Problème(s) constaté(s) ? Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ? (Exemple : taux élevé de sucre ou de cholestérol, autres... ?)

- ✓ **Ces cinq dernières années, avez-vous été soumis à une analyse des urines ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Problème(s) constaté(s) ? Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

- ✓ **Pour les personnes du sexe masculin : ces cinq dernières années, avez-vous fait l'objet d'un test ASP (antigène spécifique de la prostate) ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Problème(s) constaté(s) ? Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?



- ✓ **Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA, hépatite B et ou hépatite C dont le résultat est positif (anormal) ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?

✓ Quand ?

- ✓ **Ces cinq dernières années, avez-vous été soumis à un examen spécialisé ? Oui ou non ?**

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ? Exemples : radio (rayon X), résonnance magnétique (IRM), scanner, échographie, endoscopie, électrocardiogramme (examen du cœur), électroencéphalogramme (examen du cerveau), autres...

✓ Quand ?

✓ Pourquoi ?

✓ Problème(s) constaté(s) ? Oui ou non ?

Si oui, ✓ Le(s)quel(s) ?



8. Renseignements relatifs à une hospitalisation ou à une opération

- ✓ **Devez-vous être hospitalisé dans les douze prochains mois ?**
Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?

- ✓ **Ces dix dernières années, avez-vous été soigné dans un hôpital⁶ ?**
Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Quand ?
 - ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Pendant combien de temps ?
 - ✓ Etat actuel (guérison totale ou partielle, traitement en cours ou séquelles) ?

- ✓ **Avez-vous déjà subi une opération purement esthétique (nez, ventre, seins, paupières...) ou est-ce prévu ?** Oui ou non ?
 - Si oui, ✓ Laquelle ?
 - ✓ Pourquoi ?
 - ✓ Quand ?
 - ✓ Durée de l'hospitalisation ?
 - ✓ Etat actuel ?

⁶ Par hôpital, on entend tout établissement de soins de santé, hôpital, clinique, y inclus les établissements psychiatriques, où sont soignés ou séjournent des patients en raison de leur état de santé afin de traiter ou soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé, ou encore de stabiliser des lésions.





Pour en savoir plus sur l'utilisation des données médicales par l'assureur, nous vous invitons à lire la brochure d'Assuralia intitulée :

La protection de vos données médicales chez l'assureur

Egalement disponible sur le site www.assuralia.be





Square de Meeûs, 29
1000 Bruxelles
Tél: +32 2 547 56 11 Fax: +32 2 547 56 01
www.assuralia.be info@assuralia.be