

Questionnaire de santé



N° de contrat :

Identité	
Nom et prénom	Nom de jeune fille
Date et lieu de naissance	Nationalité
Situation de famille	Profession actuelle
Adresse	

1. Sports pratiqués régulièrement ? NON OUI ➔ Lesquels ?
- En compétition ?
- Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI ➔ Quantité par jour :
- Fumez-vous ? NON OUI ➔ Quantité par jour :
- Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI ➔ Lesquels ?
- Jusqu'à quand ?
- Taille : cm • Poids : kg • Tension artérielle : Maxi : Mini : Est-elle traitée ? : NON OUI

2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?
- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? NON OUI ➔
 - diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ? NON OUI ➔
 - anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ? NON OUI ➔
 - dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ? NON OUI ➔
 - accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? NON OUI ➔
 - surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI ➔
 - malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ? NON OUI ➔
 - bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI ➔
 - affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ? NON OUI ➔
 - affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ? NON OUI ➔
 - affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI ➔
 - affections ou maladie de la peau ? NON OUI ➔
 - polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ? NON OUI ➔
 - tumeur bénigne et/ou maligne ? NON OUI ➔
 - toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? NON OUI ➔

3. ● Avez-vous eu un accident ? *Quand ?*
Nature des blessures ? NON OUI ➔ *Séquelles ?*
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI ➔ *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI ➔ *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI ➔ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années : *Lequel ? Quand ? Résultats ?*
- un électrocardiogramme ? NON OUI ➔
- des examens sanguins ? NON OUI ➔
- des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? NON OUI ➔
5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficence humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
 NON OUI ➔
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? *Lequel ? Pourquoi ?*
 NON OUI ➔
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*
 À votre connaissance devez-vous :
- être hospitalisé ? NON OUI ➔ *Quand ? Pourquoi ?*
- subir une intervention chirurgicale ? NON OUI ➔
- subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? NON OUI ➔
8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? *Pourquoi ? Depuis quand ?*
 NON OUI ➔
9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? NON OUI ➔
10. Êtes-vous titulaire : *Pourquoi ? Depuis quelle date ? Taux ?*
- d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? NON OUI ➔
- de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? NON OUI ➔
- Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?*
11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? *Laquelle ?*
 NON OUI ➔
12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
 NON OUI ➔
13. Pour les personnes de sexe féminin : *De combien de mois ?*
- Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI ➔ *Complications éventuelles :*
- Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI ➔ *Complications éventuelles :*
14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? NON OUI ➔ *Montant des capitaux garantis :* €
 NON OUI ➔ *Chez Swiss Life :* €
 Encours de prêts déjà assurés : NON OUI ➔ *Chez d'autres assureurs :* €
 Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? NON OUI ➔ *Pourquoi ?*
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?

Si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil du service médical de SPB - 76095 Le Havre Cedex. Attention : Les réponses aux questions sont toutes obligatoires, votre acceptation à l'assurance est faite sur la base de vos réponses au questionnaire de santé.

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil, 7, rue Belgrand - 92682 Levallois-Perret Cedex.

Je, soussigné (NOM, PRÉNOM)
 certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations.
 J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à Le / /

Signature de la personne à assurer