QUESTIONNAIRE DE SANTE

A remplir obligatoirement par le demandeur

Ces documents peuvent être adressés sous pli confidentiel directement au Médecin Conseil de l'Assureur.
L'article L. 113-2 du CODE DES ASSURANCES fait obligation au demandeur de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le questionnaire de santé par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou fausse réponse intentionnelle de la part de l'assuré.
Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé.
Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil du service médical de la Compagnie.

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON EN TOUTES LETTRES A L'INTÉRIEUR DE LA CASE CORRESPONDANTE

1 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? ☐
Êtes-vous titulaire de l'allocation pour adulte handicapé ? ☐
Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur (100%).? ☐

Pour quel motif ?
Depuis quand ?

2 Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si oui, précisez)

Nature de l'affection, date de début, traitement et séquelles ou rechutes éventuelles ?

- Affections de l'appareil respiratoire (notamment asthme, emphysème, tuberculose, apnée du sommeil) ☐
- Affections cardiovasculaires (notamment hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus, stent, artérite) ☐
- Affections de l'appareil digestif (notamment maladies oesophagiennes, ulcère gastrique ou duodénal, hémorragie digestive, colite ulcéreuse, polypes, maladie de Crohn, maladie du foie, des voies billiaires, du pancréas) ☐
- Affections tumorales ou cancéreuses ☐
- Affections neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression nerveuse) ☐
- Affections des os, des muscles et des articulations (notamment arthrose, sciatique, lombalgies, polyarthrite, fibromyalgie) ☐
- Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires ☐
- Affection du système génito-urinaire (notamment coliques néphrétiques, néphropathie, prostate, polypes) ☐
- Affections endocriniennes ou du métabolisme (notamment diabète, cholestérol, hypo ou hyperthyroïdie, goutte) ☐
- Maladies des yeux (notamment myopie forte ou évolutive, (supérieure à 9 dioptries), DMLA, cécité même unilatérale) et de l'audition (notamment otites, surdité, vertiges) ☐

3
a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ? ☐
b. Avez-vous au cours des cinq dernières années, interrompu votre travail pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ? ☐
c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale (y compris dans le cadre d'une grossesse pathologique) ? ☐

a. Depuis quelle date ? Pour quel motif ?
b. À quelle date ? Pour quel motif ?
Durée ?
c. Depuis quelle date ? Pour quel motif ?

4 Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou ; un examen spécifique (en dehors des végétations, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez ☐

À quelle date ?
Pour quel motif ?
Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques
Durée ?

5 Avez-vous fait l'objet d'examens paracliniques au cours des dix dernières années (tests en laboratoires, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ?Si oui, précisez ☐

Lesquels ?
À quelle date ?

6 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? ☐

À quelle date ?
Lequel ?

7 Avez-vous été traité par radiothérapie ou chimiothérapie ? ☐

À quelle date ?
Pour quel motif ?

8 A votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Si oui, précisez la nature, le motif et la date. ☐

À quelle date ?
Pour quel motif ?

9 Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? Le cas échéant, précisez la cause possible : ☐

10 Avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de Décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration ? ☐

En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ?
Pour quel motif ?
Nom de l'Assureur ? Montant assuré ?
Date d'effet : Terme : Si majoration, à quel taux ? %
Si réduction de durée, de combien d'années ?

11 En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ? ☐

Si oui, taille cm Poids kg
Pression artérielle si connue ? /

Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196
Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion et certifie l'exactitude et la sincérité des réponses ci-dessus.

La gravité d'une maladie ou d'un accident s'apprécie comme ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux d'une durée supérieure à 30 jours. Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin. Dans le cadre éventuel d'un sinistre, je m'engage à communiquer personnellement ou à faire communiquer par mes ayants droit au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations utiles au règlement du sinistre déclaré, provenant des Médecins que j'ai consultés, informés du cadre dans lequel intervient cette demande et des risques exclus de la garantie, dont la mise en œuvre est sollicitée. Je dispose, ainsi que mes ayants droit, de la faculté de refuser de communiquer les informations médicales demandées, mais je reconnais être informé des conséquences qu'un refus pourrait avoir sur mes droits.

NOM **Fait à** **le**

Prénom

(Signature du demandeur)

Date de naissance
Jour Mois Année

X