

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

**RÉPONDRE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse "**OUI**, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question par le numéro.

Nom  Prénom  Profession

- 1** • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez la quantité journalière \_\_\_\_\_
- 2** • Quel est votre poids ?  kg Quelle est votre taille ?  m
- 3** • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? .....  Oui  Non  
 Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?  Oui  Non
  - pour hypercholestérolémie ? .....  Oui  Non  
 Si oui, indiquez votre taux de cholestérol  Inférieur à 2,50 g/l  
 Entre 2,50 g/l et 2,69 g/l  
 Entre 2,70 g/l et 2,89 g/l  
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l  
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4** • Etes-vous **actuellement en arrêt de travail** à la suite d'une maladie ou d'un accident ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : motif, depuis quand, date de reprise prévue \_\_\_\_\_
- 5** • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? .....  Oui  Non
  - pour affections disco-vertébrales ? .....  Oui  Non
  - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? .....  Oui  Non
  - pour troubles neurologiques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? .....  Oui  Non
  - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? .....  Oui  Non
  - pour maladies digestives ou du foie ? .....  Oui  Non
  - pour cancer ou tumeur ? .....  Oui  Non
  - pour sclérose en plaques ? .....  Oui  Non
  - pour maladie respiratoire ? .....  Oui  Non
  - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : date, nature de l'affection, traitement, évolution \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ?..**  Oui  Non  
 Si oui, précisez : date, durée, motif, résultat \_\_\_\_\_
- 6** • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : date, durée, motif, résultat \_\_\_\_\_
- 7** • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : date, motif \_\_\_\_\_
- 8** • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : nature \_\_\_\_\_
- 9** • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? .....  Oui  Non  
 Si oui, précisez : date, nature, résultat \_\_\_\_\_

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

**RÉPONDRE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse **“OUI, donner toutes les informations s’y rapportant** (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter ci-dessous en identifiant la question par le numéro.

Nom  Prénom  Profession

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>10•</b> Avez-vous déjà 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’immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, test, résultat _____</p> <p><b>11•</b> Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : quantités journalières _____</p> <p><b>12•</b> Avez-vous des séquelles d’un accident (automobile ou autre) ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : séquelles, date _____</p> <p><b>13•</b> Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?.</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, durée, motif _____</p> <p><b>14•</b> Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d’urine, électrocardiogramme, radiographie) ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, durée, motif, résultat _____</p> <p><b>15•</b> Pour les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués : .....</li> <li>• Grossesse en cours : .....</li> </ul> <p><b>Si oui,</b> précisez : date _____</p> <p><b>16•</b> Avez-vous fait l’objet d’un refus, d’un ajournement, d’une restriction, ou d’une surprime pour un précédent contrat d’assurances de personnes ? .....</p> <p><b>Si oui,</b> précisez : date, motif _____</p> | <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> |
|--|--|

## Complément d’information (merci d’identifier la question)

J’ai bien noté qu’il peut m’être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l’acceptation de l’assureur.

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d’une omission ou d’une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d’un droit d’accès et de rectification auprès du Médecin conseil de l’Assureur, aux bons soins d’ALPTIS ASSURANCES.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SWISSLIFE, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l’information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite “lu et approuvé”



### Déclaration spéciale non fumeur

- En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n’ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m’engage à prévenir l’assureur en cas de modification de l’état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d’assurance.

**Vous pouvez adresser ce questionnaire sous enveloppe confidentielle à l’attention du Médecin Conseil de l’Assureur, aux bons soins d’ALPTIS ASSURANCES. 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, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire au Médecin Conseil de l’Assureur.**