

Questionnaire de santé



N° de contrat : _____

Identité

Nom et prénom ROUSSEL Pascal Nom de jeune fille _____
 Date et lieu de naissance Petit Quevilly Nationalité Française
 Situation de famille Marie Profession actuelle P.D.G.
 Adresse 41 allée des deux fermes 76160 saint Martin du Vivier

1. Sports pratiqués régulièrement ?

☐ NON ☒ OUI → Lesquels ? Vélo Natation
 En compétition ? OUI

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

☐ NON ☒ OUI → Quantité par jour : 3 verres / semaine

Fumez-vous ?

☒ NON ☐ OUI → Quantité par jour : _____

Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?

☒ NON ☐ OUI → Lesquels ? _____
 Jusqu'à quand ? _____

Taille : 176 cm • Poids : 74,5 kg • Tension artérielle : Maxi : 12 Mini : 7 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 rhumato ide, hernie discale, lumbago, sciastique, 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 → _____

16/3/2017

[Signature]
 www.swisslife.fr T.S.V.P.

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 → 24/11/2015. Médicament. OK
- 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'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? ☒ NON ☐ OUI → *Lequel ? Pourquoi ?*
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? ☒ NON ☐ OUI → *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 ? ☒ NON ☐ OUI → *Pourquoi ? Depuis quand ?*
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 ? ☒ NON ☐ OUI → *Laquelle ?*
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 ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
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 → *Combien ? 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 :* €
- Encours de prêts déjà assurés : ☐ NON ☐ OUI → *Chez Swiss Life :* €
- Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? ☐ NON ☐ OUI → *Chez d'autres assureurs :* €
- Pourquoi ?*
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? Dr Loïc ROSSER, 25 Rue Ambroise Paré, 76000 Rouen

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) Pascal Boushe, certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations. J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à Rouen Le 16/03/2017

Signature de la personne à assurer

P. Boushe

[Signature]