

SI VOUS NE POUVEZ PAS RÉPONDRE PAR « NON » À L'UNE DES QUESTIONS DU **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ**, VOUS DEVEZ REMPLIR LE **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ** MIS À VOTRE DISPOSITION.

PERSONNE À ASSURER

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Merci d'indiquer votre taille / poids :

Taille : cm Poids : kg

La différence entre votre taille et votre poids est-elle inférieure à 85 ou supérieure à 115 ? (Ex : 175 – 70 = 105)

OUI NON

| | | OUI | NON |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou l'avez-vous été au cours des 10 dernières années pendant une durée supérieure à 21 jours continus pour raison de santé (hors congé légal de maternité) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Êtes-vous actuellement ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, pris en charge pour une affection longue durée (ALD) ou pour une invalidité par un organisme de sécurité sociale ? (incluant pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une affection récidivante ou de séquelles suite à un accident ou à une maladie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Suivez-vous actuellement un traitement médical ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, traité médicalement pour une durée supérieure à 21 jours continus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? (hors végétations, hémorroïdes, hernies de la paroi abdominale actuellement guéries, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, vésicule biliaire, dent de sagesse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Au cours des 5 dernières années avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement médical ou une surveillance régulière ? (incluant: tests sérologiques (HIV, hépatite B et hépatite C), analyses de sang, radiographies scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | À votre connaissance, au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, une consultation spécialisée ou un bilan de santé en vue d'un diagnostic ? (Hormis le suivi d'une grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive comme contrôle systématique ophtalmologique, gynécologique ou dentaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au médecin conseil du service médical de la Société.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 113--8 DU CODE DES ASSURANCES. TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINA LA NULLITE DE L'ASSURANCE.

J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du contrat et/ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

Fait à : Le :

Signature de la personne à assurer :