

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)

SNCQUSA-1



N° de Police :

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

1	a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <input type="text"/>			
		NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
2	a) Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motif de la restriction : <input type="text"/>
	b) Êtes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (<i>hors prévoyance collective</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Total des montants en cours assurés : <input type="text"/> Date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
3	a) Sports pratiqués (<i>y compris aviation</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> <i>(voir les questionnaires spécifiques à compléter)</i>
	b) Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	But : <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tourisme, loisirs Où (<i>pays, villes</i>) ? <input type="text"/> Fréquence : <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> occasionnelle Quand : <input type="checkbox"/> au cours des 12 prochains mois <input type="checkbox"/> futur
4	a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (<i>quantité par jour</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Apéritif <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> cl
	b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (<i>quantité par jour</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Vaporette Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/>
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (<i>drogues</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> Jusqu'à quand ? <input type="text"/>
	Pour les personnes de sexe féminin :			
5	a) Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien ? <input type="text"/> Complications éventuelles : <input type="text"/>
	b) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? <input type="text"/> Complications éventuelles : <input type="text"/>
	c) Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
	d) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? <i>Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg		
	b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de kg : <input type="text"/>
	c) Cette perte de poids est-elle intentionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : <input type="text"/>
7	a) Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle :	Tension artérielle habituelle : <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	b) Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Chiffres avant traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/>
8	a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	c) Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> % Depuis quand ? <input type="text"/>
9	a) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
10	a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments / Soins : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/>
	b) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/> Traitement : <input type="text"/> Dates de début : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> et de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
	c) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/> Quand ? <input type="text"/> Durée du traitement : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
	d) Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (<i>prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>

SNCQUSA-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :		Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles.		
11	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immunodéficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Surdité, enrrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	m) Tumeur ou toute autre maladie ou invalidité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

12	Avez-vous été accident� ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Nature des blessures : _____ Séquelles éventuelles : _____
13	a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? (communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
14	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance) un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang ou une analyse des urines ? (joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
	b) Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? (joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
15	Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
16	Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?	Nom : _____ Adresse : _____		
17	Avez-vous autre chose à déclarer ?	_____		

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Je soussigné (Nom et Prénom) _____ Fait à _____, le ____ / ____ / ____
certifie avoir répondu sincèrement aux questions pr c t es et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

X

Signature de la personne à assurer