

Questionnaire de santé



N° de contrat :

Vous devez adresser ce document sous enveloppe confidentielle à l'adresse suivante :
SwissLife gestion emprunteur - Médecin conseil - 38, rue de la Condamine - 75017 Paris

Identité

Nom et prénom Nom de naissance
Date et lieu de naissance Nationalité
Situation de famille Profession actuelle
Adresse

• Votre Taille : cm • Votre Poids : kg (Pour les femmes enceintes mettre le poids avant grossesse)

Je reconnais avoir pris connaissance de la note d'information relative au Droit à l'oubli, avant de remplir mon questionnaire de santé

1. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Depuis quand ? Pourquoi ?
2. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Depuis quand ? Pourquoi ?
3. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Pourquoi ?
4. Suivez-vous actuellement un traitement médical ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Depuis quand ? Pourquoi ?
5. Avez-vous ou avez-vous eu, au cours 10 dernières années, l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :		Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?
• tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immunodéficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• affections ou maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• tumeur bénigne et/ou maligne ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
• toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	

6. Au cours des 10 dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Pourquoi ?
7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Pourquoi ?
8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Pourquoi ? Durée ?
9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Nature exacte ?
10. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des tests sérologiques HIV, hépatite B et hépatite C, qui se soient révélés positifs (c'est-à-dire mettant en évidence une anomalie) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Lequel ? Quand ? Résultats ?
11. Au cours des 12 derniers mois avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> ● réalisé un bilan sanguin pour contrôler le taux de vos lipides (cholestérol, triglycérides) ou de votre sucre (glycémie) ? ● réalisé un bilan sanguin pour contrôler votre fonction hépatique (transaminases, gamma GT) ou votre fonction rénale (créatinine) ? ● consulté un médecin pour un contrôle cardio-vasculaire (par ex : hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque) ? ● consulté un médecin (hormis dans le cadre de la médecine du travail ou du suivi gynécologique systématique) ? 	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Pourquoi ? Quand ? Résultats ?
12. Au cours des 12 prochains mois, à votre connaissance devez-vous : <ul style="list-style-type: none"> ● être hospitalisé ? ● subir une intervention chirurgicale ? ● subir un examen ou une consultation à visée diagnostique hormis consultation systématique ophtalmologique, gynécologique ou dentaire ? 	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? Pourquoi ?

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Vous pouvez remplir ce document à votre domicile. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin conseil du service médical de l'Assureur. Cependant, 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 confidentiel au Médecin-conseil du service médical de l'Assureur.

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 du Code des Assurances.

Je, soussigné (Nom, prénom) certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations.
 J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à Le / / Signature de la personne à assurer

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, 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 leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. 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 Maréchal 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 - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.