

# Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt

# Questionnaire d'état de santé

Nom et Prénom : COSCAS CORALIE

Contrat 005185/300

Profession : COMEDIENNE

Date de naissance : 11/02/1979

Après avoir rempli ce questionnaire, vous pouvez le transmettre sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil d'AGF Collectives. Vous y êtes formellement invité pour assurer la confidentialité, si au moins l'une de vos réponses est positive.

Merci d'indiquer votre choix ci-après :

- Je mets mon questionnaire et les pièces à joindre sous enveloppe confidentielle à destination du médecin conseil d'AGF.  
 Pour des raisons personnelles, je souhaite faxer mon questionnaire et les pièces à joindre, au Service Médical d'AGF.

Signature de la personne à assurer :

## Répondre par OUI ou par NON

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée.

<b>1</b> Taille : .....cm      Poids : .....kg		Différence (Taille - Poids) :
Cette différence est-elle inférieure à 90 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/>	
<b>2</b> Etes-vous actuellement en arrêt de travail (hors congé de maternité) ?	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ?..... Pour quelles raisons ?..... .....
<b>3</b> Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un ou des arrêt(s) de travail ou des traitement(s) médicaux (médicamenteux, kinésithérapie, psychothérapie, autres) de plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	A quelle date ?..... Pour quelle raison ?..... Nature et durée ?..... .....
<b>4a</b> Au cours des 5 dernières années, un des examens spécialisés suivants a-t-il mis en évidence une anomalie : analyse de sang, électrocardiogramme, bilan radiographique, endoscopie, scanner, IRM autre ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?..... ..... A quelles dates ?..... ..... <i>Transmettre les comptes rendus des examens concernés sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil du service médical à AGF Collectives</i>
<b>4b</b> Devez-vous subir prochainement, un ou plusieurs de ces examens ?	<input type="checkbox"/>	A quelle date ?..... Pour quelles raisons ?..... .....
<b>5a</b> Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement de soins y compris en ambulatoire, ou subi une intervention chirurgicale (sauf Appendicectomie, amygdalectomie, cure de hernie inguinale, Cholécystectomie, varicectomie) ?	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ?..... ..... Pour quelles raisons ?..... .....
<b>5b</b> Devez-vous subir prochainement, une hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ?..... ..... Pour quelles raisons ?..... .....

A..... le.....

Signature de la personne demandant à être assurée, précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

**Répondre par OUI ou par NON**

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée.

<p><b>Au cours des 10 dernières années, avez vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes :</b></p>		<p><i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires)</i></p>
<p><b>6a</b> Maladies Neurologiques ou Psychiatriques (y compris dépression), Maladies Ostéoarticulaires (dont atteintes vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques, rhumatismes), hypertension artérielle ou troubles métaboliques (diabète, cholestérol), maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques, ... ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>6b</b> Cancer, leucémie ou autre maladie du sang ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Quelle que soit la date de l'événement :</b></p>		
<p><b>7</b> Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience (VIH) humaine ou des hépatites, dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Lequel ?.....</p> <p>A quelles dates ?.....</p> <p><i>Transmettre les comptes rendus des examens concernés sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil du service médical à AGF Collectives</i></p>
<p><b>8</b> Avez vous été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles ,une infirmité ou une invalidité totale ou partielle ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>A quelles dates ?.....</p> <p>Pour quel motif ?.....</p> <p>Nature des séquelles.....</p>
<p><b>9</b> Avez vous subi un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>A quelles dates ?.....</p> <p>Pour quelles raisons ?.....</p>
<p><b>10</b> Etes vous titulaire d'une pension, d'une rente ou d'une allocation ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Nature de la pension ?.....</p> <p>Catégorie ou Taux.....</p> <p>Joindre l'état descriptif des infirmités pensionnées</p>

**J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au présent questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur ma demande individuelle d'affiliation correspondante, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je confirme avoir relu mes déclarations avant signature et reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 113.8 du Code des Assurances dont un extrait est reproduit ci-après**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

A..... le.....

Signature de la personne demandant à être assurée, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »