

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



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt



# Questionnaire de santé

N° de proposition

Réf. : PAREO-QS

Ce questionnaire doit être complété recto verso par la personne à assurer.

**RÉPONDRE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse "OUI", donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question (numéro).

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Tension artérielle : Maxi \_\_\_\_\_ Mini \_\_\_\_\_ Est-elle traitée ?  NON  OUI

## 1 • Actuellement

1- Etes-vous atteint ou suivi pour une affection chronique, invalidante, congénitale, acquise ou de longue durée ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Lesquelles _____
2- Etes-vous atteint d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Laquelle _____
3- Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Taux _____
4- Etes-vous pris en charge à 100 % par votre régime obligatoire (hors grossesse) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____
5- Etes-vous en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Date d'arrêt de travail _____ Motif(s) _____
6- Suivez-vous un traitement ou bénéficiez-vous de soins prescrits médicalement ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____
7- Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____

## 2 • Passé médical

8- Avez-vous été exempté ou réformé du service militaire pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____
9- Avez-vous été pris en charge pour des troubles psychiques ou nerveux (y compris dépression) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Date(s) _____
10- Avez-vous eu des lésions ou maladies osseuses, articulaires, musculaires, ligamentaires ou de la colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Lesquelles _____
11- Avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, mentales, respiratoires, uro-génitales, digestives, dermatologiques, neurologiques, infectieuses, parasitaires, du sang, des yeux, des oreilles ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Lesquelles _____ Date(s) _____
12- Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Date(s) _____
13- Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du sida, de l'hépatite C ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Résultat du test _____ Date(s) _____
14- Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Date(s) _____ Nature des blessures _____ Durée de l'arrêt _____ Séquelles _____
15- Au cours des trois dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Date(s) _____ Nature _____ Résultat _____ <i>Joindre les résultats des examens</i>
16- Au cours des cinq dernières années, avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Date(s) _____
17- Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait l'objet d'une hospitalisation de plus de cinq jours ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Durée(s) _____
18- Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Date début _____ Date fin _____

## 3 • Evolution

19- Devez-vous être hospitalisé ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) _____ Date approximative _____
---	---	--

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'alptis gestion.

Verso à compléter →



# Questionnaire de santé (suite)

N° de proposition

Réf. : PAREO-QS

Ce questionnaire doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

## 4 • Activité

20- Nombre de déplacements par mois \_\_\_\_\_ et importance en kilomètres \_\_\_\_\_

21- Votre activité professionnelle :

- description de votre activité .....
- nombre de salariés dans l'entreprise.....

Cette activité vous impose-t-elle :

- une station debout prolongée ? .....  NON  OUI
- de porter des charges ? .....  NON  OUI
- la manipulation d'outils dangereux ? .....  NON  OUI  
(outils permettant de couper, broyer, trancher, déchiqueter, déformer et lever toutes matières)

22- Votre activité s'exerce-t-elle principalement :

- dans un bureau ou un cabinet .....  NON  OUI
- dans un atelier .....  NON  OUI
- dans un magasin.....  NON  OUI
- en visite chez des clients ou fournisseurs .....  NON  OUI
- autres (à préciser).....

23- Sports pratiqués .....

24- Tabagisme .....  NON  OUI Année de début \_\_\_\_\_ Unités par jour \_\_\_\_\_

25- Consommation quotidienne de boissons alcoolisées .....  NON  OUI  
Nombre de verres par repas \_\_\_\_\_  
Nombre de verres en dehors des repas \_\_\_\_\_

## Complément d'information (merci d'identifier la question)

### Questionnaire personnel recto verso

complété le .....

Le soussigné déclare avoir répondu avec exactitude au questionnaire de santé et reconnaît avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" (ce questionnaire doit être complété par l'assuré)