

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



CONFIDENTIEL



CONTRAT N° 1229

Questionnaire de santé

A REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER

C: COURTAGE
17 Villa du Petit Parc
94000 CRETEIL
Tél. : 01 45 17 68 68

Premium
emprunteur

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution Assuré

Nous attirons votre attention sur la nécessité de remplir avec le plus grand soin ce questionnaire. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion. **Nous vous conseillons de prendre le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées.** Si vous souhaitez conserver un caractère totalement confidentiel à vos réponses, vous pouvez transmettre directement ce questionnaire, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Direct Assurance Vie. **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologiques, copies d'ordonnances, etc...).** Vos déclarations sont valables 6 mois.

	Répondre OUI ou NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
1 - La différence entre votre taille (en cm) et votre poids (en kg) est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ? Connaissez-vous les chiffres de votre tension artérielle habituelle ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	- Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ? - Si oui, quels sont-ils ? maxima : minima :
2 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
3 - Etes-vous soumis(e) actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ? (précisez les noms et doses des médicaments)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? Lesquels ? Depuis quelle(s) date(s) ?
4 - Etes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'une invalidité ou de séquelles de maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	De quelle nature ? Depuis quelle(s) date(s) ?
5 - Etes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ou d'une rente d'accident de travail supérieure à 15 % ? (joindre copie de la notification de rente)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les Taux ?
6 - Etes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? A quelle date ? Durée ?
8 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif , pour les sérologies VHB (Virus de l'Hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	La ou lesquelles ? A quelle(s) date(s) ? Résultat(s) :
9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous : • suivi un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? • suivi un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? • suivi un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? • suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? • suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? A quelle date ? Durée ?
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un motif autre que l'ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, des dents de sagesse, de l'opération d'une hernie inguinale ou ombilicale, d'une césarienne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? A quelle date ? Durée(s) ?
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : • subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? • être hospitalisé ? • suivre un traitement médical ? • subir une intervention chirurgicale ?	<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 <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? A quelle date ?
12 - Résidez-vous ou êtes-vous amené(e) à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel(s) pays ?

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat n° 1229 et destinées au Médecin Conseil du service médical de l'assureur, responsable du traitement. Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat, en avoir pris connaissance, notamment de l'objet du contrat, des conditions et exclusions de garanties et des limitations d'indemnisation ainsi que des dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances, et en accepter tous les termes. J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur, peut communiquer mes réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Médical de l'assureur.

Je reconnais être averti que les suites et conséquences des antécédents de santé déclarés sur le questionnaire de santé sont exclues des garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INVALIDITE PROFESSIONNELLE, INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ou PARTIELLE. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet de l'assurance.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Fait à : Le :
Signature précédée des mots "Lu et approuvé" écrit de la main de la personne à assurer.