

Questionnaire d'état de santé (document à imprimer)

Une réponse est attendue à chacune des questions. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé. L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale.

Merci de remplir un formulaire par personne et de nous envoyer autant de formulaires que de personnes à assurer. Pour télécharger un autre formulaire, merci de [cliquer ici](#).

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **DATE DE NAISSANCE :**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROFESSION : _____

- Quels sont vos : taille, poids, et tension artérielle habituelle ?

Taille _____ m Poids _____ kg Tension _____

- Quelle est votre consommation journalière d'alcool ? Bière : _____ verres / jour ; Vin : _____ verres / jour ; Spiritueux : _____ verres / jour

- Est-ce que vous fumez des cigarettes, cigares, pipes ? oui non Si oui, combien par jour ? Cigarettes _____ Cigares _____ Pipes _____

- Est-ce que vous êtes un ex-fumeur ? oui non Si oui, combien de temps avez-vous fumé ? _____ ans

- Depuis quand avez-vous arrêté de fumer et pourquoi ? _____

Veuillez répondre par OUI ou par NON

1- Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et / ou héréditaire ? oui non La quelle ? _____
Traitement : _____
Début : __ / __ / ____

2- Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ? oui non Temps partiel thérapeutique _____
Arrêt total du travail _____
Causes _____

3- Avez-vous subi ou devez vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations ? oui non La quelle ?(les quelles) _____
Date(s) _____

4- Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical (médicaments, acupuncture, kinésithérapie, appareillage, psychothérapie...), sauf contraception ? Avez-vous un diagnostic en cours ? oui non Si oui, le quel ? _____

5- Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail y compris pendant moins de 24 heures, ou un traitement médical de plus de trois semaines ? oui non Pour quelles raisons ? _____
Nature et durée du traitement : _____

6- Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium) ? oui non Date(s) _____
Joindre photocopies des compte rendus opératoires et /ou histologiques.

7- Au cours des 24 derniers mois, avez-vous eu des symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé, et qui auraient nécessité un traitement médical ? oui non Si oui, les quels ? _____

8- Prévoyez-vous dans les 6 prochains mois de passer des examens (analyses ou imagerie médicale, endoscopies...), consulter un médecin ou suivre un traitement médicochirurgical à l'hôpital ou en cabinet médical ? oui non Si oui, les quels ? _____

9- Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes ?
a) Hypertension, diabète, excès de cholestérol, accident vasculaire cérébral, affections concernant le cœur, les poumons et l'appareil circulatoire.
b) Allergies, difficultés respiratoires, emphysème, bronchites, pneumonies, apnée du sommeil, asthme.
c) Anxiété, vertiges, migraines, abus d'alcool ou de drogue, maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression). oui non Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit, ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires) et joindre les photocopies des rapports médicaux. _____

d) Gastrites, reflux, ulcère de l'intestin ou de l'estomac, hernies, affections du foie (hépatites, calculs biliaires...), et des voies urinaires, troubles de la prostate, des reins (insuffisance, lithiase, calculs...), thromboses

e) Sciatique, hernie, douleurs lombaires, rhumatismes, maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales) arthrite, affections de la peau telles que kératose, mélanome.

f) Maladies hormonales, glandulaires, cancer, leucémie et autres maladies du sang.

g) Pour les femmes seulement : avez-vous eu durant les dix dernières années des troubles d'ordre gynécologique ?

h) Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes médicaux non mentionnés dans ce questionnaire ?

Si oui, les quels : _____

10- Envisagez-vous une hospitalisation dans les douze prochains mois ?

oui non

Si OUI, indiquez la nature de cette hospitalisation

11- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ?

oui non

Si OUI, indiquez la date, la nature du test, et le résultat : _____

12- Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?

oui non

Les quelles ? _____

13- Etes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?

oui non

Nature de l'infirmité : _____
Catégorie (joindre notification) ou taux : _____

14- Etes-vous actuellement couvert par un contrat d'assurance Santé ou Vie?
Avez-vous par le passé été accepté à des conditions spéciales ou refusé(e)
au titre d'un contrat d'assurance Santé ou Vie?

oui non
 oui non

Je, soussigné(e), certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur, étant entendu que les sanctions édictées par les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes sont la nullité du contrat ou la réduction de l'indemnité.

Merci de recopier de votre main la formule suivante:

Je suis conscient qu'en cas de déclaration fausse ou incomplète, l'assureur pourrait réduire ou refuser sa garantie.

A _____, le | | | | | | | | | |

Signature de la personne affiliée (ou de l'assuré principal pour les affiliés de moins de 18 ans) précédée de la mention « lu et approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater.

Merci de compléter et de nous retourner l'autorisation de débit de carte bancaire.

AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

Je, soussigné(e), M., Mme, Mlle, _____, titulaire de la carte bancaire ci-dessous, autorise l'établissement teneur de mon compte à débiter sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnancés en mon nom par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte et je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom, prénoms et adresse du titulaire de la carte à débiter		Désignation de l'organisme créancier	
Nom et Prénom _____		ACS	
Adresse _____		Société de Courtages d'Assurances	
Code postal [][][][][][] Ville _____		153, rue de l'Université	
Pays _____		75007 Paris - France	
Désignation de la carte à débiter			
Type de carte : <input type="checkbox"/> Carte bleue <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Eurocard <input type="checkbox"/> AMEX			
N° de carte [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]			
Date de validité (mois/année) [][]/[][] N° de sécurité [][][] (3 chiffres figurant au verso)			
Périodicité choisie pour prélèvement : <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> mensuel			
Date _____			
Signature _____			