



## 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 :** \_\_\_\_\_ **E-MAIL :** \_\_\_\_\_

- Quels sont votre taille et votre poids ?

Taille \_\_\_\_\_ m Poids \_\_\_\_\_ kg

- 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 ? \_\_\_\_\_

### Veillez 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 ?  oui  non Avez-vous un diagnostic en cours ?  
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?

oui  non

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

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.

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

A \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

Lu et approuvé

Signature de la personne affiliée (ou de l'assuré principal pour les affiliés de moins de 18 ans)

En fonction de votre choix de paiement, merci de compléter et de nous retourner l'autorisation de débit de carte bancaire ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de Caisse d'épargne (RICE).

## AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE


Je, soussigné(e), M., Mme, Mle, \_\_\_\_\_, 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 _____ Adresse _____ Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville _____ Pays _____	ACS Société de Courtages d'Assurances 153, rue de l'Université 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 _____	

Pour les paiements par prélèvement automatique, merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA que vous trouverez ci-joint.

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<input type="text"/> référence unique du mandat (RUM)	<b>Nom du créancier et logo</b>  <b>Assurances Courtages et Services</b>
--	---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines après la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

*Veuillez compléter le champs marqués \**

Votre nom \* .....  
*Nom / Prénoms du débiteur* La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

Votre adresse \* .....  
*Numéro et nom de la rue* Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères  
\* .....  
*Code postal* *Ville* *Pays*

Les coordonnées de votre compte \* .....  
*Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)*  
\* .....  
*Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)*

Nom du créancier \* .....  
*Nom du créancier*

ICS \* .....  
*Identification du créancier SEPA (ICS)*  
\* .....  
*Numéro et nom de la rue*  
\* .....  
*Code postal* *Ville* *Pays*

Type de paiement \*  Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Signé à \* .....  
*Lieu* *Date (JJ/MM/AAAA)*

Signature(s) \* *Veuillez signer ici* →

**Nota Bene : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque**

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournies seulement à titre indicatif)

Code identifiant du débiteur   
*Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque*

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (Si différent de débiteur lui-même)    
*Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir* *Code identifiant du tiers débiteur*

*Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers* *Code identifiant du tiers créancier*

Contrat concerné    
*Description du contrat* *Numéro d'identification du contrat*

**À retourner à :**

**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**