Questionnaire de Santé Prévoyance

Alptis

À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Réf. : QS PREV

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse **"OUI", donner toutes les informations s'y rapportant** (cause, date, durée, nature, conséquences). **Veuillez fournir des réponses précises aux questions posées. L'imprécision ou l'absence de réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire. Joindre sous pli confidentiel tous les éléments médicaux utiles se rapportant à vos déclarations.**

Nom _____ Prénom _____ Profession exacte _____

I - ACTUELLEMENT

Quelle est votre taille ? _____ cm Quel est votre poids ? _____ kg

a - Votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?	☐ Oui ☐ Non	
b - Êtes-vous en arrêt de travail ?	☐ Oui ☐ Non	Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____
c - Suivez-vous un traitement médical et/ou êtes-vous sous surveillance médicale ?	☐ Oui ☐ Non	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____
d - Avez-vous des séquelles d'un accident ?	☐ Oui ☐ Non	Lesquelles ? _____ Depuis quelle date ? _____
e - Êtes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, ou d'une infirmité ?	☐ Oui ☐ Non	Laquelle ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
f - Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail totale ou partielle, d'une invalidité ?	☐ Oui ☐ Non	Laquelle ? _____ Pourquoi ? _____ A quel taux ou catégorie ? _____ Depuis quelle date ? _____ Quel organisme vous verse la pension ? _____
g - Êtes-vous titulaire de l'allocation adulte handicapé (AAH) ?	☐ Oui ☐ Non	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ A quel taux ? _____
h - Êtes-vous pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale pour une affection longue durée ? (ALD)	☐ Oui ☐ Non	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Durée ? _____

II - PASSÉ MÉDICAL

Au cours des 3 dernières années : **i** - Avez-vous fait l'objet d'examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres, **ayant mis en évidence des anomalies** ?	☐ Oui ☐ Non	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ *Joindre les résultats de l'examen*
Au cours des 5 dernières années : **j** - Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☐ Oui ☐ Non	La ou lesquelles ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ *Joindre les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques*
k - Avez-vous été hospitalisé pendant plus de 5 jours ?	☐ Oui ☐ Non	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée? _____ *Joindre les comptes rendus d'hospitalisation*
l - Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail **de plus de 21 jours** consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?	☐ Oui ☐ Non	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____
m - Avez-vous eu une ou plusieurs fausses couches spontanées ou des grossesses compliquées ? Avez-vous eu un traitement médical afin d'aboutir à une grossesse?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	Nature du trouble ? _____ Lequel ? _____
Au cours des 10 dernières années : **n** - Avez-vous souffert de maladies psychiques (y compris dépressions nerveuses, psychoses) ?	☐ Oui ☐ Non	La ou lesquelles ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____
o - Avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, neurologiques, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, respiratoires, uro-génitales ?	☐ Oui ☐ Non	La ou lesquelles ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____
p - Avez-vous souffert de maladies osseuses, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses, de la colonne vertébrale ?	☐ Oui ☐ Non	La ou lesquelles ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____

TOURNEZ SVP →

Questionnaire de Santé Prévoyance

Alptis

À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE À ASSURER **Réf. : QS PREV**

q - Avez-vous souffert de maladies infectieuses ou parasitaires, dermatologiques, oculaires, de la sphère ORL ?	☐ Oui ☐ Non	La ou lesquelles ? ____ Quand ? ____ Durée ? ____
r - Avez-vous déjà suivi un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	☐ Oui ☐ Non	Le ou lesquel(s) ____ Pourquoi ? ____ Quand ? ____ Durée ? ____
s - Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, **dont le résultat a été positif**, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) ?	☐ Oui ☐ Non	Lequel ? ____ Quand ? ____
t - Avez-vous été accidenté(e) ?	☐ Oui ☐ Non	Date(s) ? ____ Nature des blessures ? ____ ____ Durée de l'arrêt ? ____
u - Avez-vous été exempté ou réformé du service militaire pour raison médicale ?	☐ Oui ☐ Non	
III - ÉVOLUTION		
v - Devez-vous effectuer des examens médicaux, suivre un traitement ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale dans les 12 mois à venir ?	☐ Oui ☐ Non	Le ou Lesquels ? ____ Pourquoi ? ____ Quand ? ____

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS (merci d'identifier la question)

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce Questionnaire de Santé qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.
Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que 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.

Fait à ____, **le** ____

Signature de l'adhérent précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

Ce questionnaire est valable 6 mois à compter de la date de signature.

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

Alptis Assurances
Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances