

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)



N° de Police :

**POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS**

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

1 a) <b>NOM et Prénom</b> (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/>			
b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <input type="text"/>			
	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>Si OUI, merci de préciser impérativement :</b>
2 a / Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motif de la restriction : <input type="text"/>
b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Total des montants en cours assurés : <input type="text"/> € Date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
3 a / Sports pratiqués ? (y compris aviation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
b / Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	But : <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tourisme, loisirs Où (pays, villes) ? <input type="text"/> Fréquence : <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> occasionnelle Quand : <input type="checkbox"/> au cours des 12 prochains mois <input type="checkbox"/> futur
4 Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/>
5 Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg		
6 Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
7 Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
8 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelle affection ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> %
9 Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments / Soins : <input type="text"/> Pour quels motifs ? <input type="text"/>
10 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
11 Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
12 Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
13 Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
14 Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse) ? (Joindre une copie des comptes rendus opératoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
15 Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
16 Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? (hormis affections saisonnières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Séquelles ? <input type="text"/>

Je soussigné (Nom et Prénom)

Fait à  , le  /  /

certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

X

Signature de la personne à assurer :

**MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour Alico S.A. entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances. Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : Alico S.A. - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.