

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)



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

		NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
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"/>		
2	a) Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, 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"/> / <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"/> / <input type="text"/>
3	a) Sports pratiqués (y compris aviation) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> (voir les questionnaires spécifiques à compléter)
	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	a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Apéritif <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> cl
	b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/>
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> Jusqu'à quand ? <input type="text"/>
<b>Pour les personnes de sexe féminin :</b>				
5	a) Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien ? <input type="text"/> Complications éventuelles : <input type="text"/>
	b) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? <input type="text"/> Complications éventuelles : <input type="text"/>
	c) Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
	d) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? <small>Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg		
	b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de kg : <input type="text"/>
	c) Cette perte de poids est-elle intentionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : <input type="text"/>
7	a) Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle :	Tension artérielle habituelle : <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	b) Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Chiffres avant traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/>
8	a) 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"/>
	b) 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"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	c) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> % Depuis quand ? <input type="text"/>
9	a) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments / Soins : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/>
	b) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/> Traitement : <input type="text"/> Dates de début : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> et de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
	c) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <input type="text"/> Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Durée du traitement : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
10	d) Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :		Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles.		
11	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise <b>ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde ( <i>goitre</i> ) <b>ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie <b>ou toute autre maladie du sang ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide <b>ou toute autre atteinte psychiatrique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, <b>ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Surdité, enrouement, troubles de la vue <b>ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme <b>ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose <b>ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum, affections du foie ( <i>hépatite, cirrhose</i> ), de la vésicule ou du pancréas, hernie <b>ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires ( <i>coliques néphrétiques, cystite</i> ), des organes génitaux <b>ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Psoriasis, kyste <b>ou toute autre maladie de la peau ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales <b>ou toute autre maladie des os ou des articulations ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	m) Tumeur <b>ou toute autre maladie ou invalidité non citée plus haut ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

12	Avez-vous été accident� ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Nature des blessures : <input type="text"/> Séquelles éventuelles : <input type="text"/>
13	a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? <i>(communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
14	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années ( <i>sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance</i> ) un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang ou une analyse des urines ? <i>(joindre le résultat des examens anormaux)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
	b) Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? <i>(joindre le résultat des examens anormaux)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
15	Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. <b>Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
16	Quel est votre médecin habituel ( <i>nom et adresse</i> ) ?	Nom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/>		
17	Avez-vous autre chose à déclarer ?	<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 :

Page 2/2 **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. entraine 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.