

# Questionnaire de santé

## Demande de tarification

### Etude Risques Aggravés

**A compléter dans sa totalité, dater et signer par la personne à assurer :**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter, vous-même et avec le plus grand soin, ce questionnaire dans sa totalité. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande. **Comme le prévoit la Convention Aeras, nous vous conseillons de prendre le temps de la réflexion pour apporter les réponses précises aux questions posées, seul, sur place ou à votre domicile. Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : MULTI-IMPACT – Service Médical – Monsieur le Médecin Conseil – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX. Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive.** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, sanguins, urinaires, radiologiques, cardiologiques, comptes-rendus d'ordonnance, d'hospitalisation, opératoire, autres).

#### Personne à assurer

Qualité : M.  Mme

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

#### Déclaration de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur. D'une manière générale, pour les femmes, dans le cadre d'une grossesse pathologique, tout arrêt de travail ou hospitalisation doit être également déclaré.

Conformément à la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016, aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne sera appliquée pour chacune des pathologies prévues par la grille de référence (consultable sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)) au-delà des délais qu'elle prescrit.

Il est précisé que vous ne devez pas déclarer dans le présent questionnaire les pathologies cancéreuses diagnostiquées **avant votre 18<sup>ème</sup> anniversaire** et dont la fin du protocole thérapeutique (\*) remonte à **plus de 5 ans** et les pathologies cancéreuses dont la fin du protocole thérapeutique (\*) remonte à **plus de 10 ans**.

Taille en cm : \_\_\_\_\_ Poids en kg : \_\_\_\_\_ Tension artérielle habituelle : \_\_\_\_\_ Est-elle traitée ? \_\_\_\_\_

Veuillez répondre par OUI ou NON et compléter en cas de réponse positive.

1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, pour maladie ou accident ?	_____	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
2. Suivez-vous actuellement un traitement médical ou paramédical ou êtes-vous sous surveillance médicale ?	_____	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Noms et doses des médicaments :
3. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une pathologie cancéreuse diagnostiquée avant votre 18 <sup>ème</sup> anniversaire et dont le protocole thérapeutique (*) est achevé <b>depuis moins de 5 ans</b> ? Si oui, laquelle ?	_____	Nature, date du diagnostic, traitements et séquelles ou rechutes éventuelles ?
4. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique (*) est achevé <b>depuis moins de 10 ans</b> ? Si oui, laquelle ?	_____	Nature, date du diagnostic, traitement et séquelles ou rechutes éventuelles ?
5. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• maladie cardiaque et/ou vasculaire (AVC, hypertension artérielle, infarctus, angor, artérite, insuffisance veineuse, stent) ?</li> <li>• maladie respiratoire (asthme, BPCO, emphysème, apnée du sommeil, bronchite chronique) ?</li> <li>• maladie rhumatismale et/ou ostéo articulaire (affections des os, des muscles, des articulations, spondylarthrite, fibromyalgie, sciatique, arthrose) ?</li> <li>• trouble du psychisme, maladie psychiatrique (dépression, bipolaire, burn-out, fatigue chronique) ?</li> <li>• maladie neurologique (AIT, sclérose en plaques, épilepsie) ?</li> <li>• maladie O.R.L., dermatologique ?</li> <li>• maladie du métabolisme et/ou troubles endocriniens (diabète, cholestérol, goutte, hypo ou hyperthyroïdie) ?</li> <li>• maladie de l'appareil digestif (affections oesophagiennes, ulcère, hémorragie digestive, maladie de Crohn, Recto-Colite Hémorragique, polypes, maladie du foie, des voies biliaires, du pancréas) ?</li> <li>• affections hépatiques, rénaux, gynécologiques, urologiques ?</li> <li>• tumeur, cancer, leucémie ou toute autre maladie du sang ?</li> </ul>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Le(s)quels ? Depuis quelle(s) date(s) ? Noms et durée(s) des traitements ? Séquelle(s) ?

**(\*) Fin du protocole thérapeutique : il s'agit de la date de fin de tout traitement actif du cancer, en absence de rechute (\*\*), par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire, hormis la possibilité d'une thérapie persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.**

**(\*\*) Rechute : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.**

# Questionnaire de santé

## Demande de tarification

### Etude Risques Aggravés

<p>6. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des affections autres que celles citées à la question 5 ?</li> <li>• pour maladie infectieuse (bactérienne, parasitaire, virale) ?</li> <li>• pour une affection de longue durée ? prise en charge à 100% par la sécurité sociale ?</li> <li>• par rayons, cobalt, interféron, chimiothérapie ou immunothérapie ?</li> <li>• de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Le(s)quel(s) ?          Depuis quelle(s) date(s) ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Séquelle(s) ?</p>
<p>7. Avez-vous été hospitalisé(e) (même en hôpital de jour) et/ou opéré(e) (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) ?</p>	<p>_____</p>	<p>Pour quels motifs ? Quand ? Durée ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Résultat(s) ? Séquelle(s) ?</p>
<p>8. Dans les 5 dernières années, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• été en arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives ?</li> <li>• eu une maladie ou des troubles médicaux ayant nécessité des examens particuliers, un régime, autres ?</li> <li>• subi des examens médicaux qui se sont révélés anormaux (analyse de sang, des urines, électrocardiogramme, IRM, scanner, échographie ou autres) ?</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Pour quels motifs ?          Quand ? Durée ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Résultat(s) ?          Séquelle(s) ?</p>
<p>9. Présentez-vous une infirmité et/ou des séquelles de maladie ou d'accident ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle(s) date(s) ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Le(s)quel(s) ? Pour quels motifs ?          Le(s) taux ?</p>
<p>10. Etes-vous atteint d'une maladie chronique ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle(s) date(s) ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Le(s)quel(s) ? Pour quels motifs ?          Le(s) taux ?</p>
<p>11. Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité supérieure à 30 % ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle(s) date(s) ?          Noms et durée(s) des traitements ?          Le(s)quel(s) ? Pour quels motifs ?          Le(s) taux ?</p>
<p>12. Avez-vous subi un test de dépistage pour les sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C) ou VIH (virus de l'immunodéficience humaine) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?</p>	<p>_____</p>	<p>A quelle(s) date(s) ?          Le(s)quel(s) ?          Pour quels motifs ?</p>
<p>13. Devez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), traité(e) subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens ou bilans médicaux ?</p>	<p>_____</p>	<p>Pour quels motifs ?          A quelle(s) date(s) ?</p>
<p><b>14. Maladies Non Objectivables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi un traitement pour douleur de la colonne vertébrale (infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?</li> <li>• Au cours des 10 dernières années, avez-vous réalisé un examen de la colonne vertébrale (IRM, radiologie, scanner, autres) ?</li> <li>• Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi un traitement pour stess, angoisse, fatigue, dépression, insomnie, « mal-être » ?</li> <li>• Au cours des 10 dernières années, avez-vous consulté un psychiatre ou avez-vous été hospitalisé pour troubles psychiatriques ?</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Si la réponse est positive merci de joindre la copie de l'ordonnance de soins et traitement</p> <p>Si la réponse est positive : merci de joindre la copie du compte rendu de l'examen réalisé</p> <p>Si la réponse est positive merci de joindre la copie de l'ordonnance de soins et traitement</p> <p>Si la réponse est positive merci de joindre la copie du compte rendu de la dernière consultation ou de l'hospitalisation spécialisée en psychiatrie</p>
<p>15. Avez-vous déjà effectué une demande d'assurance de prêt dans le cadre de la convention AERAS qui auraient été refusée totalement ou ajournée pour raison médicale au cours des 5 derniers mois ?</p>	<p>_____</p>	<p>Pour quels motifs ?          A quelle(s) date(s) ?</p>

#### Déclarations

**Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Je confirme avoir relu mes déclarations avant signature et reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances qui stipule que toute omission, réticence, ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque par l'Assureur, entraînerait la NULLITÉ du contrat d'assurance. J'autorise la collecte, le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de la date de signature du présent document.**

**Informatique et Libertés** : Par la signature du présent questionnaire, la personne à assurer déclare consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles qu'elle a fournies à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de son dossier en exécution du contrat d'assurance. Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées au Service Médical de MULTI-IMPACT, ainsi qu'à celui de l'Assureur ou du réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un mail à l'adresse suivante [infos@multi-impact.com](mailto:infos@multi-impact.com), soit en adressant un courrier auprès de MULTI-IMPACT – Informatiques & Libertés – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer :