

NOM :

PRENOM :

Contrat n°: PI005185/922

Profession :

Date de naissance :

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée, qui doit prendre seule connaissance des questions et y répondre seule, soit sur place, soit à son domicile.

**Important !**

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Conseil. Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive. Si, pour des raisons personnelles, vous préférez l'envoyer par fax, vous devez impérativement remplir et signer la fiche de transmission qui vous sera remise sur votre demande.

Questions	Répondre oui ou non	Si vous répondez OUI, merci de donner les précisions demandées																										
<table border="1"> <tr> <td>Taille en cm</td> <td>140 - 145</td> <td>146 - 150</td> <td>151 - 155</td> <td>156 - 160</td> <td>161 - 165</td> <td>166 - 170</td> <td>171 - 175</td> <td>176 - 180</td> <td>181 - 185</td> <td>186 - 190</td> <td>191 - 195</td> <td>196 - 200</td> </tr> <tr> <td>Poids max en kg</td> <td>62</td> <td>68</td> <td>72</td> <td>77</td> <td>82</td> <td>88</td> <td>93</td> <td>99</td> <td>104</td> <td>110</td> <td>116</td> <td>122</td> </tr> </table>	Taille en cm	140 - 145	146 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200	Poids max en kg	62	68	72	77	82	88	93	99	104	110	116	122		
Taille en cm	140 - 145	146 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200																
Poids max en kg	62	68	72	77	82	88	93	99	104	110	116	122																
1 Votre poids, par rapport à votre taille, est-il supérieur à la limite indiquée dans le tableau ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, merci de préciser votre taille : ..... cm votre poids : ..... kg																										
2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail (hors congé de maternité) ? Suivez vous un traitement médical (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? ..... Pour quelles raisons ? .....																										
3 <b>Au cours des 5 dernières années</b> , vous a-t-on prescrit : - un ou des traitement(s) médicaux (médicamenteux, kinésithérapie, psychothérapie, autres) de plus de 3 semaines consécutives (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ? - un ou des arrêt(s) de travail de plus de 3 semaines consécutives (hors congé maternité)*  <i>* cas particulier d'un arrêt de travail pour fractures, tendinopathies et entorses : vous n'avez à le déclarer que si vous avez choisi de souscrire la garantie Arrêt de Travail.</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A quelles dates ?..... Pour quelles raisons ? ..... Natures, et durées :..... .....																										
4a <b>Au cours des 5 dernières années</b> , un des examens spécialisés suivants a-t-il mis en évidence une anomalie : analyse de sang, électrocardiogramme, bilan radiographique, endoscopie, scanner, IRM, autre?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A quelles dates ? ..... Lesquels ? ..... ..... <b>Joindre les comptes rendus des examens concernés.</b>																										
4b Devez-vous effectuer prochainement un ou plusieurs de ces examens dans le cadre du diagnostic d'une pathologie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A quelles dates ? ..... Lesquels ? ..... Pour quelles raisons ? .....																										
5a <b>Au cours des 10 dernières années</b> , avez-vous séjourné dans un établissement de soins y compris en ambulatoire, ou subi une intervention chirurgicale (sauf pour appendicite, amygdales, végétations, hernie inguinale ou hiatale, vésicule biliaire, varices, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale)*  <i>* cas particulier d'un séjour ou d'une intervention pour fracture : vous n'avez à le déclarer que si vous avez choisi de souscrire la garantie Arrêt de Travail.</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A quelles dates ?..... Pour quelles raisons ? ..... .....																										

Date et signature de la personne demandant à être assurée, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

A ..... le .....



Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Allianz Vie.

NOM :

Contrat n°: PI005185/922

PRENOM :

Questions	Répondre oui ou non	Si vous répondez OUI, merci de donner les précisions demandées
5b Devez-vous être prochainement hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A quelle date ? ..... Pour quelle raison ? ..... .....
<p><b>Au cours des 10 dernières années, avez vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes:</b></p> <p>6a Maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression), hypertension artérielle, diabète, cholestérol, maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques, maladies rhumatismales, + seulement <b>si vous avez choisi de souscrire la garantie Arrêt de Travail</b>: : pathologies ostéoarticulaires (dont atteintes discales, vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques).</p> <p>6b Cancer, leucémie ou autre maladie du sang ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Quelle que soit la date de l'événement :</b></p> <p>7 Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou des hépatites, dont l'un des résultats indique la mention « positif » ? Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou des</p> <p>8 Avez vous subi un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?</p> <p>9 Avez vous été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité totale ou partielle ?</p> <p>9 Etes vous titulaire d'une pension, d'une rente ou d'une allocation ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>A quelles dates ? ..... Lesquels ? .....</p> <p><b>Joindre les comptes rendus des examens concernés.</b></p> <p>A quelle date ? ..... Pour quelle raison ? .....</p> <p>A quelle date ? ..... Pour quel motif ? ..... Nature des séquelles : .....</p> <p>Nature de la pension : ..... Catégorie ou Taux : .....</p> <p><b>Joindre l'état descriptif des infirmités pensionnées.</b></p>

**J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au présent questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur ma demande individuelle d'affiliation correspondante, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. 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 dont un extrait est reproduit ci-après**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

**Date et signature de la personne demandant à être assurée, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**



A ..... le .....

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Allianz Vie.