SwissLife Prévoyance et Santé
Questionnaire de santé

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous vous êtes formellement invité(e) à les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil de la société d'assurance.

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

	Oui	Non	En cas de réponse positive merci de préciser :
Indiquez **votre poids :** ..... kg **votre taille :** ..... cm Avez-vous un rapport poids (kg)/taille (m) supérieur à 1,25[1] (considérant uniquement les chiffres après la virgule pour la taille) ? *[1] exemple : poids 80kg et taille 1,68m, rapport poids/taille = 80/68 = 1,18*	☐	☐	
1/ Etes-vous actuellement :	Oui	Non	
• sous traitement ou surveillance médical ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
• en arrêt de travail pour raison de santé ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
• titulaire d'une pension d'invalidité ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : ..... Taux : .....
2/ Présentez-vous des séquelles suite à un accident ?	☐	☐	Date : .../.../..... Nature des blessures : ..... Séquelles : .....
3/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous :	Oui	Non	
• suivi un traitement médical plus de 3 semaines consécutives ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
• effectué un ou plusieurs séjour(s)[2] de plus de 48 heures en hôpital, clinique, maison de repos ou établissement de cure ? *[2] excepté pour une appendicectomie, amygdalectomie, varices des membres inférieurs, cloison nasale, vésicule biliaire ou maternité*	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
• été en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé plus de 3 semaines consécutives ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : ..... Durée : .....
• effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, échographie, électro-cardiogramme, endoscopie, IRM, radiographie, scanner) ayant nécessité la mise en œuvre d'un traitement ou d'une surveillance médical de plus de 3 semaines consécutives ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
4/ A votre connaissance devez-vous dans les 12 prochains mois :	Oui	Non	
• être hospitalisé et/ou subir une intervention chirurgicale ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
• passer des examens médicaux dans un but diagnostique ?	☐	☐	Date : .../.../..... Motif : .....
5/ Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une ou plusieurs des affections suivantes ?	Oui	Non	Si oui, veuillez cocher les cases qui correspondent à votre situation et compléter la partie basse de la rubrique :

☐ **Affection cardio-vasculaire** *(par ex [3] : hypertension artérielle, infarctus du myocarde, valvulopathies)*
☐ **Affection de l'appareil digestif** *(par ex [3] : hépatites virales, colites, pancréatite)*
☐ **Affection de la colonne vertébrale** *(par ex [3] : lombo-sciatique, hernie discale)*
☐ **Affection neurologique** *(par ex [3] : accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, myopathie, épilepsie)*
☐ **Affection ORL** *(par ex [3] : surdité, sinusite, polypes)*
☐ **Affection ostéo-articulaire** *(par ex [3] : atteintes articulaires, arthrose, ostéoporose)*
☐ **Affection psychiatrique** *(par ex [3] : dépression, troubles de l'humeur, psychose)*
☐ **Affection pulmonaire** *(par ex [3] : bronchite, asthme, emphysème)*
☐ **Affection rénale** *(par ex [3] : coliques néphrétiques, insuffisance rénale, polypes de la vessie)*
☐ **Affection rhumatismale** *(par ex [3] : lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite)*
☐ **Affection thyroïdienne** *(par ex [3] : thyroïdite, nodules thyroïdiens, hyperthyroïdie)*
☐ **Affection uro-génitale** *(par ex [3] : fibrome utérin, affections prostatiques, endométriose)*
☐ **Diabète**
☐ **Fibromyalgie**
☐ **Maladie de la peau** *(par ex [3] : psoriasis, eczéma)*
☐ **Tumeur bénigne ou maligne**
☐ **Autres :** *toutes affections non mentionnées précédemment*

[3] ou toutes autres affections de même nature

Précisez la nature et la date de la (ou des) affection(s) signalée(s) ci-dessus, ou de toutes autres affections ou accidents dont vous auriez été atteint(e) :

.....

.....

	Oui	Non	
6/ Avez-vous déjà passé des tests sérologiques (HIV, hépatite B et C) qui se sont révélés positifs ?	☐	☐	Date : .../.../.....

Loi informatique et libertés
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la direction « gouvernance et qualité de la donnée » – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et lefinancement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Nous conservons les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats passés avec Swiss Life, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats. Lesdonnées des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

Je soussigné(e),
certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Les réponses ci-dessus serviront de base à l'acceptation des garanties demandées :
toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues antérieurement entraînerait l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Fait à .....

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de la personne à assurer précédée de la mention «lu et approuvé»

Ex 1 : Compagnie Ex 2 : Personne à assurer

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret - SA capital social de 150 000 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - 322 215 021 RCS Nanterre. www.swisslife.fr