

Le questionnaire de santé doit être rempli par la personne à assurer.

Un défaut de réponse à l'une des questions suivantes nous amènera à vous renvoyer le questionnaire.

Vous pouvez transmettre votre questionnaire de santé à l'attention du médecin conseil de Suravenir dans l'enveloppe confidentielle prévue à cet effet.

Nom - Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Situation de famille : _____

Profession actuelle : _____ Profession(s) antérieure(s) : _____

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	NON	OUI	CHAQUE COMMENTAIRE DOIT ÊTRE CLAIR ET PRÉCIS
1 La différence entre votre taille (en cm) et votre poids (en kg) est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille : _____ cm Poids : _____ kg Tension artérielle habituelle : _____
2 - Votre consommation de boissons alcoolisées est-elle supérieure à ½ litre de vin par jour ou équivalent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Fumez-vous plus de 10 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien ? _____
- Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Jusqu'à quand ? _____
3 Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			Quand, durée, date guérison, séquelles, commentaires
- Paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA), ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre atteinte du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleur thoracique, palpitations, artérites, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, ou du rectum, affection du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Psoriasis, kyste, tumeur, eczéma ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Perte de poids durant la dernière année ou toute autre maladie ou infirmité non citée précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	NON	OUI	CHAQUE COMMENTAIRE DOIT ÊTRE CLAIR ET PRÉCIS
			Quand, durée, date guérison, séquelles, commentaires
4 - Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6 Pour les personnes du sexe féminin :			
- Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? _____
- Grossesses antérieures avec complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des complications : _____
- Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 - Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____
- Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
- Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
- Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? <i>Ne sont pas concernées les consultations pour maladies bénignes telles que gripes, angines, gastro-entérites, visite annuelle, médecine du travail sauf si découverte de problème de santé.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
- Devez-vous être hospitalisé prochainement, ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Motif ? _____
8 Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :			
- Un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
- Une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
- Une analyse de sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
- Un test de dépistage du VIH, de l'hépatite (VHB/VHC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
- Une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
- Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquelles ? _____ Résultats : _____
9 - Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : _____ Pourquoi ? _____
- Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____
- Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="checkbox"/> civile <input type="checkbox"/> militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : _____ Taux : _____ Depuis quand : _____
10 Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?	_____		
12 - Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance décès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle compagnie ? _____ Capitaux ? _____ Date ? _____
- Ces polices d'assurance décès ont-elles été refusées, ajournées, surprimées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____

Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes réponses au questionnaire et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances qui indique : **"l'adhésion est nulle 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"**.

Fait à _____ le _____
Signature de l'Assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

suravenir

Assureur d'avenirs

Siège social : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 BREST CEDEX 9

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 276 628 270 euros. Société mixte régie par le code des assurances.
SIREN 330 033 127 RCS Brest. Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (61, rue Taitbout - 75009 PARIS)