

**Ce questionnaire de Santé doit être complété recto/verso par la personne à assurer.**

**Vous devez adresser ce questionnaire sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'Alptis Assurances. Si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire au Médecin Conseil de l'Assureur.**

**Répondez par OUI ou NON. Pour chaque réponse OUI, donnez toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, conséquences). Si nécessaire, complétez en dernière page en identifiant la question par le numéro.**

Nom (M., Mme, Mlle) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_

## ACTUELLEMENT

1• Quelle est votre taille ? .....	_____ m
2• Quel est votre poids ? .....	_____ kg
3• Êtes-vous fumeur ou avez-vous été fumeur au cours des 24 derniers mois (y compris des cigarettes électroniques) ou consommez-vous des produits contenant de la nicotine (patch, gomme...) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quantité journalière _____
4• Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quantité journalière (en cl) _____
5• Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une invalidité ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____ A quel taux ou quelle catégorie ? _____ Quel organisme vous verse la pension ? _____
6• Êtes-vous titulaire de l'allocation adulte handicapé (AAH) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____ A quel taux ou quelle catégorie ? _____ Quel organisme vous verse la pension ? _____
7• Êtes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, ou d'une infirmité ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quelle date ? _____ Laquelle ? _____
8• Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
9• Suivez-vous actuellement un traitement médical pour hypercholestérolémie? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, votre taux de triglycérides est-il supérieur ou égal à 2 g/l ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si NON, indiquez votre taux de cholestérol : <input type="checkbox"/> inférieur à 2,50 g/l <input type="checkbox"/> entre 2,50 g/l et 2,69 g/l <input type="checkbox"/> entre 2,70 g/l et 2,89 g/l <input type="checkbox"/> entre 2,90 g/l et 3,20 g/l <input type="checkbox"/> Supérieur à 3,20 g/l	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
10• Suivez-vous actuellement un traitement médical pour tension artérielle ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____

→ Suite à compléter

**Ce questionnaire de Santé doit être complété recto/verso par la personne à assurer.**

**Répondez par OUI ou NON. Pour chaque réponse OUI, donnez toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, conséquences). Si nécessaire, complétez en dernière page en identifiant la question par le numéro.**

Nom (M., Mme, Mlle) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_

## ACTUELLEMENT (suite)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <b>11•</b> Suivez-vous actuellement un traitement médical pour une autre pathologie que celles citées ci-dessus ? ..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lequel ? _____<br>Pourquoi ? _____<br>Depuis quand ? _____ |
| <b>12•</b> Avez-vous des séquelles d'un accident ? .....  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquelles ? _____<br>Depuis quelle date ? _____           |

## PASSÉ MÉDICAL

### AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <b>13•</b> Avez-vous fait l'objet d'examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres, ayant mis en évidence des anomalies ? .....  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lequel ? _____<br>Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____  |
| <b>14•</b> Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? .....  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La ou lesquelles ? _____<br>Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____<br><i>Joindre les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques</i> |
| <b>15•</b> Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin ? ..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Pourquoi ? _____<br>_____<br>Quand ? _____<br>Durée ? _____<br><i>Joindre les comptes rendus d'hospitalisation</i>                     |
| <b>16•</b> Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail <b>de plus de 21 jours</b> sur prescription médicale pour raison de santé ? .....  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Pourquoi ? _____<br>Quand ? _____<br>Durée ? _____   |
| <b>17•</b> Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, <b>dont le résultat a été positif</b> , portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) ? .....                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Le ou lesquels ? _____<br>_____<br>Quand ? _____   |

### AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <b>18•</b> Avez-vous souffert de troubles psychiques ou psychiatriques <b>ayant justifié un traitement médical de plus de 21 jours</b> ? .....  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Le ou lesquels ? _____<br>_____<br>Quand ? _____<br>Durée ? _____   |
| <b>19•</b> Avez-vous souffert de lésions ou maladies osseuses, rhumatismales, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses ou de la colonne vertébrale <b>ayant justifié un traitement médical de plus de 21 jours</b> ? .....         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La ou lesquelles ? _____<br>_____<br>Quand ? _____<br>Durée ? _____ |
| <b>20•</b> Avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, cancéreuses, respiratoires, uro-génitales, rénales, digestives ou du foie, neurologiques, <b>ayant justifié un traitement médical de plus de 21 jours</b> ? ..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | La ou lesquelles ? _____<br>_____<br>Quand ? _____<br>Durée ? _____ |

→ Suite à compléter

**Ce questionnaire de Santé doit être complété recto/verso par la personne à assurer.**

**Répondez par OUI ou NON. Pour chaque réponse OUI, donnez toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, conséquences). Si nécessaire, complétez en dernière page en identifiant la question par le numéro.**

Nom (M., Mme, Mlle) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_

## PASSÉ MÉDICAL (suite)

### AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

**21•** Avez-vous déjà suivi un traitement par rayons, chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie ou cobaltothérapie ? \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_  
 Durée ? \_\_\_\_\_

**22•** Avez-vous eu des transfusions de sang ou de dérivés sanguins ? \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  
 Quand ? \_\_\_\_\_

### ÉVOLUTION

**23•** Devez-vous subir des examens médicaux ou être hospitalisé ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale dans les 6 prochains mois ? \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  
 Le ou lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date prévisionnelle ? \_\_\_\_\_

### POUR LES FEMMES

**24•** Êtes-vous enceinte ? \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  
 Date prévisionnelle de l'accouchement ? \_\_\_\_\_

**25•** Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements antérieurs compliqués ? \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DE LA PRATIQUE SPORTIVE

**Pratiquez-vous régulièrement et/ou en club et/ou en fédération, un ou plusieurs des sports suivants :**

- Aucun des sports suivants
- Sports relevant du Conseil National des Fédérations Aéronautiques et Sportives
- Yachting au-delà de 60 milles des côtes
- Sports nautiques en solitaire au-delà de 1 mille des côtes
- Pêche au gros
- Plongée en solitaire ou au-delà de 20 mètres de profondeur
- Canyoning, hydrospeed, rafting
- Sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur
- Sports de montagne à plus de 3 000 m, sports de glisse de montagne, de glace ou de neige (hors pratique sans compétition sur piste balisée et ouverte au public)
- Saut à l'élastique et tyrolienne, et sports assimilés
- Spéléologie
- Course à pied d'une distance > 42,195 km, rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, triathlon, décathlon
- Sports de combat (hors escrime)
- Art martiaux (hors judo et karaté sans compétition)
- Sports équestres (hors dressage, attelage, manège, randonnée ou promenade)
- Escalade (hors mur artificiel)
- Rugby
- VTT de descente

Pour ces sports, les baptêmes et initiations sont couverts sans déclaration.

**Souhaitez-vous être assuré pour ce(s) sports ?**

- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non
- Oui  Non

→ Suite à compléter

**Ce questionnaire de Santé doit être complété recto/verso par la personne à assurer.**

Nom (M., Mme, Mlle) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_

## COMPLÉMENT D'INFORMATION (merci d'identifier la question)

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (le défaut de réponse ayant pour conséquence le non-traitement de votre dossier). J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification, sous peine de déchéance. L'adhésion pourra être déclarée nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur (Art L. 113-8 du Code des assurances). En cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation des cotisations, les sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (Art L. 113-9 du Code des assurances).

Fait à \_\_\_\_\_, le  /  /

**Signature précédée de la mention manuscrite  
"Lu et approuvé"**



**Ce Questionnaire de Santé est valable 6 mois à compter  
de la date de signature**

Les données communiquées dans le cadre de ce questionnaire de santé sont destinées à Alptis Assurances, responsable de traitement intervenant pour le compte de l'assureur, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande. Votre questionnaire doit être complété, daté et signé, et transmis sous enveloppe, ou selon la procédure de confidentialité qui vous est proposée, de même que les éventuels documents médicaux complémentaires, à l'attention du "Médecin conseil" Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03 ou [contact-cnill@alptis.fr](mailto:contact-cnill@alptis.fr). Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du "Médecin conseil".



**Alptis Assurances**

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : [demande.adhesion@alptis.fr](mailto:demande.adhesion@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

**Quatrem**

Société anonyme au capital de 380 426 249 € - RCS Paris 412 367 724 - dont le siège social est situé 59-61, rue La Fayette - 75009 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances