

# Questionnaire d'état de santé

## Zen Prévoyance Pro Essentiel



Nom : ..... Prénom : .....

Profession exacte : ..... Date de naissance : .....

### Indiquez :

Votre taille : ..... cm Votre poids : ..... kg Votre tension artérielle : ..... / .....

**RÉPONDEZ PAR OUI OU PAR NON À CHAQUE QUESTION ET COMPLÉTEZ LES RÉPONSES AFFIRMATIVES**

QUESTIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarette / jours : ..... Cigarette électronique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous ou avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... Pourquoi ? ..... .....
3. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années (y compris : kinésithérapie, psychothérapie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... Lesquelles ? ..... .....
4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une maladie du système cardio-vasculaire, trouble du métabolisme, respiratoire, endocrinien, d'hypertension artérielle, de diabète, d'une affection du système nerveux, de troubles obsessionnels compulsifs, d'anxiété, de troubles alimentaires, tentatives de suicide, d'une tumeur, d'une affection hépatique, rénale, digestive, hématologique, des os ou articulations, d'infection parasitaire, d'affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... La(es) quelle(s) ? ..... ..... Traitements passés ? ..... ..... Traitements actuels ? ..... ..... .....
5. Avez-vous eu un accident ayant laissé des séquelles ou présentez-vous un handicap ou une infirmité congénital(e) ou non ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... Lesquelles ? ..... .....
6. Avez-vous été ou êtes-vous bénéficiaire : d'une rente d'invalidité ? d'une prise en charge à 100% par la sécurité sociale ou tout organisme équivalent au titre d'une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? ..... ..... Depuis quand ? ..... À quel taux ? .....
7. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, iode actif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? ..... Quand ? ..... Pourquoi ? .....

8.	Au cours des 5 dernières années avez-vous été hospitalisé ou opéré ? (sauf appendicite, amygdale, végétations, dent de sagesse, grossesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... Pourquoi ? ..... .....
9.	Avez-vous subi un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B, C dont le résultat s'est révélé anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? ..... ..... Quand ? .....
10.	Au cours des 5 dernières années vous a-t-on fait des examens qui auraient révélé des anomalies (analyse de sang, d'urines, radiographie, électrocardiogramme, échographie, scanner, ....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? ..... ..... Si <b>oui</b> merci de joindre les résultats et/ou comptes rendus des examens en votre possession
11.	Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 10 dernières années, une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours, (par exemple : anti-douleur, infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... La(es) quelle(s) ? ..... ..... Traitements ? ..... .....
12.	Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 10 dernières années, une des affections suivantes : dépression, burn-out, troubles bipolaires, névrose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, ou tout autre affection psychique ou psychiatrique ayant nécessité un arrêt de travail de plus de 21 jours et/ou un traitement de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? ..... La(es) quelle(s) ? ..... ..... Traitements ? ..... .....
13.	Pour les femmes : Êtes-vous actuellement enceinte ? Avez-vous eu des complications lors de grossesses ou accouchements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de moi ? ..... Lesquels ? ..... Quand ? .....
14.	Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) ou opéré(e) ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? ..... ..... Quand ? .....

Je certifie exactes, complètes et sincères les réponses données ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence, toute fausse déclaration, entraîneraient la nullité de l'assurance conformément à l'article L113-8 du code des assurances. Vos déclarations sont valables six mois à compter de la date de signature.

Fait à : .....

Le : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »