

Déclaration de santé simplifiée

Zen Prévoyance Pro Premium



Nom : Prénom :

Profession exacte : Date de naissance :

Si le candidat à l'assurance répond « OUI » à au moins une des questions de la déclaration de santé simplifiée, il s'engage à compléter le questionnaire de santé.

RÉPONDEZ OBLIGATOIREMENT OUI OU NON A CHAQUE QUESTION

1. Indiquez : Votre taille : cm Votre poids : kg
2. Actuellement, êtes-vous en arrêt de travail, total ou partiel ou êtes-vous sous traitement médical (appareillage, médicament, kinésithérapie, infiltration et/ou psychothérapie) ? *Hors contraception ou affections saisonnières* Oui ☐ Non ☐
3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 3 semaines consécutives ? Oui ☐ Non ☐
4. Au cours des 5 dernières années avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ? (hors appendicite, amygdale, végétations, dent de sagesse, grossesse) Oui ☐ Non ☐
5. Souffrez-vous actuellement ou au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer, affection cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, maladie respiratoire, affection du système endocrinien, diabète, maladie digestive, maladie articulaire, affection neurologique, hépatite, maladie rénale, trouble sanguin ou de la coagulation, maladie virale ou infectieuse, maladie auto-immune ? Oui ☐ Non ☐
6. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 5 dernières années :
 - a. une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours (anti-douleur, infiltrations, kinésithérapie) Oui ☐ Non ☐
 - b. une affection psychique ou psychiatrique (anxiété, trouble bipolaire, dépression, névrose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, burn-out) ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours ? Oui ☐ Non ☐
7. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ou d'une prise en charge en Affection Longue Durée ? Oui ☐ Non ☐
8. Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ? Oui ☐ Non ☐

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.

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

