

Déclaration d'état de santé

Zen Prévoyance Pro Essentiel



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, il s'engage à compléter le questionnaire de santé. Vos déclarations sont valables six mois à compter de la date de signature.

RÉPONDEZ OBLIGATOIREMENT OUI OU NON A CHAQUE QUESTION

1. La différence entre votre taille (cm) et votre poids (kg) est-elle inférieure 80 ou supérieur à 120 ? (ex : 175cm – 70 kg= 105) Oui ☐ Non ☐
2. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail, même partiel ou êtes-vous sous traitement médical ? 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) ? (sauf appendicite, amygdale, végétations, dent de sagesse, grossesse) Oui ☐ Non ☐
5. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 5 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) ? Oui ☐ Non ☐
6. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 5 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 ? Oui ☐ Non ☐
7. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ou d'une prise en charge en Affection Longue Durée au cours des 5 dernières années ? Oui ☐ Non ☐
8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 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 ? Oui ☐ Non ☐
9. Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examen 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 »