



# Questionnaire de Santé à compléter pour toute affiliation en **PRÉVOYANCE COLLECTIVE**



**AVIS IMPORTANT** : il doit être répondu obligatoirement, sans rature, ni surcharge, à toutes les questions.  
Un trait ne constitue pas une réponse.

Raison sociale de l'Entreprise  Numéro d'adhérent   
(si l'entreprise est déjà adhérente)

Nom du Salarié  Prénom   
N° de Sécurité sociale  Date de naissance   
Taille  Poids  Tension artérielle  Est-elle traitée ?  Non  Oui

- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ?  Non  Oui Depuis quelle date .....  
Motifs .....
- Êtes-vous atteint d'une infirmité (malformation), invalidité ou maladie chronique ?  Non  Oui Motifs .....  
Bénéficiez-vous d'une prise en charge au titre de laquelle .....  
des affections longue durée ?  Non  Oui
- Êtes-vous titulaire d'une rente ?  Non  Oui Taux d'invalidité .....
- Devez-vous subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé(e) dans les 5 ans à venir ?  Non  Oui Date prévue .....  
Motifs .....
- Avez-vous fait l'objet d'examens (imagerie médicale, analyses diverses, etc), au cours des 10 dernières années ?  Non  Oui A quelle date .....  
Motifs .....  
Résultats .....
- Avez-vous fait des demandes de garanties à un organisme d'assurances qui ont été refusées, ajournées ou acceptées à des conditions spéciales ?  Non  Oui A quelle date .....  
Motifs .....  
.....

**Au cours des 5 dernières années :**

- Avez-vous été hospitalisé, victime d'un accident ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ou présenté une maladie ayant entraîné une cessation d'activité d'au-moins 3 semaines ?  Non  Oui A quelle date .....  
Motifs .....  
.....
- Vous a-t-on prescrit un traitement médical d'au-moins 3 semaines ?  Non  Oui Lesquels .....  
Motifs .....  
Date et durée .....

**J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et/ou 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, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances, L. 221-14, L. 221-15 et L. 223-25 du code de la mutualité, L. 932-7 et L. 932-17 du code de la Sécurité sociale.**

*Date et signature du salarié-participant précédées de la mention "LU ET APPROUVÉ"*

**Ce questionnaire de Santé doit être adressé sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES**

QS DIA Régime collectif salariés - 06/2009