

Numéro UNSMIS

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Ce document est à envoyer sous pli fermé, avec éventuellement sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé :

Monsieur le Médecin Conseil de HENNER AWP- IUT avec la mention «Confidentiel Secret Médical» aux bons soins de MSPINT,- HENNER 14 bd du Général Leclec 92200 Neuilly-sur-Seine FR - Email : medical@henner.com

1 Quels sont vos : taille, poids, tension artérielle habituelle?

	Assuré		Conjoint		1 ^{er} enfant		2 ^e enfant		3 ^e enfant		4 ^e enfant	
	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F
Taille	_____ m		_____ m		_____ m		_____ m		_____ m		_____ m	
Poids	_____ kg		_____ kg		_____ kg		_____ kg		_____ kg		_____ kg	
Tension (max./min.)	___ / ___		___ / ___									
Date de naissance	_____		_____		_____		_____		_____		_____	

Veillez répondre par oui ou non :

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant 3^e enfant 4^e enfant Si réponse OUI, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question

2 Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle?

Temps partiel thérapeutique

Arrêt total du travail.....

Causes.....

Pour les femmes, êtes-vous enceinte?

Laquelle (lesquelles)?

3 Avez-vous subi ou devez-vous subir dans les cinq prochaines années une (des) intervention(s) chirurgicale(s),

Date(s)

4 Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de trois semaines?

Pour quelles raisons?.....

Nature et durée du traitement.....

5 Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium ...)?

Lesquels?.....

Date(s)

Joindre photocopie des comptes rendus opératoires et/ou histologiques

6 Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes: Cancer, maladie du sang, diabète de type 1 ou 2, maladie ostéo-articulaires, maladie neurologique, maladie psychiatrique ou une autre maladie ?

Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires)

7 Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites A, B ou C, ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine? (VIH)

Si OUI, indiquez:

Date.....

La nature du test.....

Résultat.....

8 Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident?

Lesquelles.....

Date de l'événement

Date de consolidation.....

Séquelles.....

9 Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse?

Nature de l'infirmité.....

Nature (pension ou rente).....

Catégorie ou taux

10 Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie?

Joindre notification

Motif et date.....

Je, soussigné, certifie exactes et sincères les réponses aux questions ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur ! l'Assureur. Les fausses déclarations ou omissions peuvent entraîner la nullité des garanties.

Àle.....;

Signature de la personne à assurer, sans omettre de dater