



# QUESTIONNAIRE DE SANTE A REMPLIR à l'attention du médecin conseil SWISS LIFE SANTE

Swiss life Prévoyance et santé- siège social : 86 bd Haussmann-75008 Paris  
SA au capital de 150 000 000 € - RCS Paris B.322.215.021 – Entreprise régie par le code des assurances

CORADE  
Exemplaire à  
nous retourner  
signé

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

## RENSEIGNEMENTS

Q1	Dans les 5 dernières années, avez-vous eu une hospitalisation médicale ou chirurgicale ?	OUI	NON
Q2	Envisagez-vous un séjour hospitalier et/ou un séjour spécialisé (repos, cure...) avec ou sans intervention chirurgicale dans les 6 mois ? (autre qu' appendicite, amygdales, végétations)	OUI	NON
Q3	Etes-vous pris(e) en charge à 100% (incapacité ou invalidité) par votre régime obligatoire?	OUI	NON
Q4	Dans les 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts d'activité pour maladie ou accident de plus de 15 jours ?	OUI	NON
Q5	Dans les 5 dernières années, avez-vous été soigné pour maladie, autre qu'une affection courante (grippe, angine,...) ?	OUI	NON
Q6	Merci d'indiquer votre poids Et votre taille	..... Kg ..... cm	
Q7	Madame, avez-vous présenté, au cours des 5 dernières années, une fausse couche ou de grossesse compliquée?	OUI	NON
Q8	Effectuez-vous des séjours à l'étranger de plus d'un mois en dehors des pays de l'Union européenne ?	OUI	NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez donner toutes les informations s'y rapportant ( cause, date,nature,conséquences) .....

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions de santé et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances.  
Je prends acte que la garantie ne couvre pas les affections dont l'origine est antérieures à la date d'effet du contrat, ni celles survenues pendant les délais d'attente mentionnés

Fait à

le

Signature obligatoire



**2 PAGES A IMPRIMER ET A NOUS RETOURNER SIGNEES ACCOMPAGNEES D'UN RIB  
A L'ADRESSE SUIVANTE :**

**ATOUT SANTE 5, SQ ANCIENS COMBATTANTS 92120 MONTROUGE**