



SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris

www.swisslife.fr



Corade
**La garantie de
revenus des salariés**

Questionnaire de santé CORADE

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la société d'assurances. Merci de préciser votre Nom : Prénom : Date de naissance :
 Mais si vous estimez que les réponses données n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez joindre ce questionnaire aux documents destinés à la souscription de votre contrat ; l'ensemble de ces documents sera remis aux services administratifs.

	Assuré	Conjoint
· Des propositions d'assurance vous concernant ont-elles été refusées ou acceptées avec surprime, ou avez-vous été résilié par d'autres organismes d'assurance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
· Êtes-vous titulaire d'autres contrats garantissant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité auprès d'autres organismes d'assurance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

I - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - à compléter obligatoirement

	Assuré	Conjoint
Indiquer : · votre poids · votre taille kg cm kg cm
1/ Dans les 5 dernières années, avez-vous été soigné pour une maladie, autre qu'une affection courante (grippe, angine, etc.), avez-vous eu une hospitalisation médicale ou chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2/ Dans les 6 mois qui viennent, une hospitalisation médicale ou une intervention chirurgicale est-elle envisagée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3/ Dans les 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts d'activité pour maladie ou accident de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4/ Êtes-vous atteint d'une incapacité ou d'une invalidité et/ou êtes-vous pris en charge à 100% par votre Régime Obligatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5/ Effectuez-vous des séjours à l'étranger de plus d'un mois en dehors des pays de l'Union Européenne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6/ Madame, avez-vous présenté, au cours des 5 dernières années, une ou plusieurs fausses couches spontanées ou des grossesses compliquées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions numérotées de 1 à 6 ci-dessus ou à une des deux questions du premier cadre, veuillez donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, nature, conséquences) et joindre tous les éléments médicaux utiles.		

II - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

à compléter obligatoirement par tout assuré de 51 à 55 ans ou pour toute souscription d'un contrat avec rente

	Assuré	Conjoint
1/ Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une ou plusieurs affections concernant :		
a - l'appareil cardio-vasculaire : hypertension, angine de poitrine, infarctus du myocarde ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b - l'appareil respiratoire : asthme, bronchite, tuberculose, allergies, affections ORL, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c - l'appareil digestif : ulcère, hépatite, pancréatite, affections du colon ou du rectum, autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
d - l'appareil urologique : néphrite, pyélonéphrite, prostate, calcul, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
e - l'appareil locomoteur : arthrose, rhumatisme, sciatique, hernie discale, lombalgie, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
f - la peau : eczéma, dermite, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
g - le système neurologique : état dépressif, accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, atteinte médullaire ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
h - les glandes endocrines, diabète, cholestérol, dysfonctionnement thyroïdien, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2/ Êtes-vous ou avez-vous été atteint des maladies suivantes : cancer, tumeur, maladies de sang ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3/ Avez-vous, au cours de votre vie, été victime d'un ou plusieurs accidents (autre qu'accident consolidé sans rechute possible) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4/ Avez-vous déjà passé des tests de séro-diagnostic (HIV et hépatite C ou B) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions numérotées de 1 à 4, veuillez indiquer la rubrique concernée et donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, nature, conséquences) et joindre tous les éléments médicaux utiles.		

LE SOUSSIGNÉ

déclare avoir répondu avec exactitude aux différentes questions du questionnaire de santé, et certifie avoir été informé(e) que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances.

Fait à le

Signature du souscripteur précédée de la mention "Lu et approuvé"