

# Questionnaire de Santé Impératif Retraite Madelin®

## À compléter si des garanties complémentaires sont souscrites.

N° de contrat

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous, vous pouvez le transmettre sous pli fermé à l'attention du Médecin conseil - Swiss Life - 7, rue Belgrand - 92682 Levallois-Perret Cedex en veillant à bien indiquer les références du contrat concerné.

Mme  Mlle  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

### Veuillez cocher les cases qui correspondent à votre situation et compléter les rubriques correspondantes.

1• Quel est votre poids ? .....			kg
2• Quelle est votre taille ? .....			m
3• Etes-vous en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motif _____ Date de début _____ Date de reprise envisagée _____
4• Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque, respiratoire, rénale, digestive, des os et articulations, ou de dépression nerveuse, tension artérielle trop élevée, diabète, excès de cholestérol, tumeur, cancer ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	La ou lesquelles ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____
5• Avez-vous ou devez-vous subir une/des intervention(s) chirurgicale(s) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	La ou lesquelles ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____
6• Avez-vous été victime d'accident(s) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	A quelle(s) date(s) ? _____ Parties du corps atteintes ? _____ Séquelles ? _____
7• Au cours des trois dernières années, vous a-t-on prescrit : • Un arrêt de travail d'une durée continue supérieure à un mois ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Arrêt de travail : Motif .....
• Un traitement médical d'une durée continue supérieure à un mois ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date de début _____ Date de fin _____ Traitement médical : Nature _____ Date de début _____ Date de fin _____
8• Êtes-vous : • Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motif ? _____ Depuis quelle date ? _____
• Atteint d'une infirmité ? .....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Taux _____ Laquelle ? _____

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret.

**Mes déclarations serviront de base à mon affiliation au contrat d'assurance collective. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion en application de l'article L.113.8 du code des assurances. Je certifie qu'elles sont exactes et sincères et affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"



#### SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret - SA au capital de 169 036 086,38 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - 341 785 632 RCS Nanterre  
[www.swisslife.fr](http://www.swisslife.fr)

#### Unep Diffusion Courtage

Siège social : 12, rue Clapeyron 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 100 000 € - RCS Paris 353 356 439 - N° ORIAS : 07 005 716  
[www.unep.asso.fr](http://www.unep.asso.fr)