

## FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RÉGIME INDIVIDUEL INDIVIDUAL APPLICATION FORM



# Optimus

## Votre Couverture Santé à l'Étranger Your International Healthcare Cover

**Allianz Partenariats Prévoyance et International**  
Tour Neptune- 20, place de Seine  
92086 Paris La Défense Cedex France  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

**Medical Administrators International**  
80, rue Anatole France  
92300 Levallois-Perret  
France  
Tél: +33 1 77 68 01 60  
[www.medical-administrators.com](http://www.medical-administrators.com)

**ERIC G.F. Blair**  
16 rue des Roses,  
Entrée par la rue des Lauriers  
BP 265  
98005 Monaco  
Tél : +377 93 50 99 66  
Fax: +377 97 70 72 00  
[www.ericblairnet.com](http://www.ericblairnet.com)  
email : [info@ericblairnet.com](mailto:info@ericblairnet.com)



## Questionnaire d'état de santé / Health questionnaire

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé. / *Answers to this questionnaire should be handwritten by the Applicant. Additional information can be provided on a separate sheet.*

1 Quels sont vos : taille, poids, tension artérielle habituelle? / *Height, weight, regular blood pressure?*

Assuré : Taille ..... m Poids ..... kg Tension ..... Conjoint : Taille ..... m Poids ..... kg Tension .....  
 Subscriber : Height ..... m Weight ..... kg Blood pressure ..... Spouse : Height ..... m Weight ..... kg Blood pressure .....  
 1<sup>er</sup> enfant : Taille ..... m Poids ..... kg 2<sup>e</sup> enfant : Taille ..... m Poids ..... kg  
 1<sup>st</sup> child : Height ..... m Weight ..... kg 2<sup>nd</sup> child : Height ..... m Weight ..... kg

**Veillez répondre par oui ou non :**  
*Please answer either by yes or no*

Assuré <i>Insured</i>	Conjoint <i>Spouse</i>	1 <sup>er</sup> enfant <i>1<sup>st</sup> child</i>	2 <sup>e</sup> enfant <i>2<sup>nd</sup> child</i>	Si réponse OUI, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question / <i>If yes, please detail and name the person involved for each question</i>
--------------------------	---------------------------	---	--	--

2 Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle? / *Does your state of health prevent you from practising a full time job?* .....

--	--	--	--

Temps partiel thérapeutique .....  
*Therapeutic part time* .....  
 Arrêt total du travail .....  
*Total absence from work* .....  
 Causes / *Causes* .....

3 Avez-vous subi ou devez-vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations? / *Have you ever had or are you going to have in the near future a surgery other than appendix, tonsils or adenoids removal?* .....

--	--	--	--

Veillez préciser : / *Please specify:*  
 Laquelle (lesquelles)? .....  
*Which one (s)?* .....  
 Date(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? / *Have you been absent from work due to medical reasons or were you prescribed a medical treatment of more than 3 weeks within the past 5 years?* .....

--	--	--	--

Pour quelles raisons? .....  
*For what reasons?* .....  
 Nature et durée du traitement .....  
*Nature and length of treatment* .....

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 ...)? / *Within the past 5 years have you been on treatment or received care which led to admission in a medical establishment?* .....

--	--	--	--

Lesquels? .....  
*Which are?* .....  
 Date(s) .....  
 Date(s) .....  
 Joindre photocopie des comptes rendus opératoires et/ou histologiques / *Please attach copy of medical or histological report*

6 Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang / *Within the past 10 years did you suffer from one or more of the following affections : neurologic or psychiatric diseases (including depression), osteo-articular diseases (including vertebral and para vertebral damage), cancer, leukaemia or other blood disease* .....

--	--	--	--

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) / *If you answered YES to that question, please indicate disease and other useful information (date, duration, treatment, date of recovery, sequels comments)* .....



**Questionnaire ci-dessous à remplir obligatoirement.**

**Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'informations concernant votre état de santé.**

*Mandatory health questionnaire to be filled in.*

*You may write on a separate sheet any supplementary information regarding your health.*

**Après avoir rempli votre questionnaire n'oubliez pas de coller ce rabat.**

*Do not forget to seal with questionnaire after completion.*

**Vous avez la possibilité de mettre ce document sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur.**

*You may submit this document to the attention of the insurer's medical advice in a sealed envelope.*