

QUESTIONNAIRE HANDICAP PHYSIQUE

En cas handicap l'assureur de votre prêt immobilier demandera un questionnaire spécifique.

Celui ci fera suite aux indication que vous aurez faites dans le [questionnaire santé](#) de base.

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil.

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret médical.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

M. Mme. Mlle.

NOM et PRÉNOM :

Date de naissance : Dossier suivi par : Le service médical

Diagnostic :

.....

.....

Date de découverte : Date de dernière consultation :

.....

AFFECTION INVALIDANTE

Congénitale ou héréditaire ? Non / Oui

Acquise ? Non / Oui

Post-traumatique ? Non / Oui

L'affection est-elle :

- stabilisée ? Non / Oui

- évolutive ? Non / Oui

Date des premiers symptômes :

Date du diagnostic :

Nature :

LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL :

Atteinte cutanée (plaies, escarres, ulcérations, cicatrices...) ? Non / Oui

Atteinte des membres ? Non / Oui

Atteinte du tronc (rachis, bassin) ? Non / Oui

Atteinte de la tête ? Non / Oui

Prothèses ostéo-articulaires ou externes ? Non / Oui

Utilisation de matériel (fauteuil, canne, minerve, corset...) ? Non / Oui

Préciser localisation, type de lésion et étendue :

.....
.....

Préciser nature de l'atteinte :

.....
.....

Préciser matériel utilisé :

.....

LE PATIENT :

Crises convulsives, tremblements, mouvements anormaux ? Non / Oui

Troubles du tonus (contracture, spasticité, raideur, ankylose) ? Non / Oui

Troubles de la marche, sommeil ou des sens (vision, audition, équilibre...) ? Non / Oui

Troubles neurologiques (douleur, anesthésie, paralysie...) ? Non / Oui

Troubles cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs, génito-urinaires ? Non / Oui

Précisions :

.....
.....

TRAITEMENTS

Traitements antérieurs :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Kinésithérapie / ostéopathie / cures :

Traitements actuels :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Kinésithérapie / ostéopathie / cures :

Séjours en milieu hospitalier ? Non / Oui

Dates / Durées / Motifs :

.....
.....

Suivi médical régulier avec bonne compliance ? Non / Oui

Préciser :

.....

Nom : Prénom :

N° Adhérent / N° Projet :

Remarques éventuelles :

.....

.....

Taille : Poids :

Tension artérielle : / Date :

Traitée : Oui / Non

Autres traitements éventuels :

.....

IMPORTANT

Une copie des examens spécialisés avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Date :/...../.....

Signature :

Depuis 2012, PHENIX COURTAGE, s'est spécialisé dans la recherche d'assurance emprunteur risque aggravé de santé.

En complément de la convention AERAS, nous pouvons vous aider à améliorer vos conditions d'assurance.

Une maladie déclarée à l'assurance emprunteur peut occasionner des surprimes, des exclusions ou encore des refus de garantie (incapacité, invalidité, IPT, ITT, IPP, MNO, ...).

Si la garantie d'invalidité spécifique AERAS existe, elle ne remplace pas pour autant les garanties obligatoires exigées par la banque.

Une assurance emprunteur est une couverture qui se doit d'être appréhendée de manière globale.

Pour faire appel à nos prestations de courtage :

- Mail : contact@phenix-courtage.fr
- Téléphone : 04 67 64 00 17
- Formulaire de contact site internet

Pour en savoir plus : [Tout savoir sur l'assurance de prêt immobilier](#)