

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RELATIF AUX GARANTIES PREVOYANCE ASSURANCES COLLECTIVES

A Compléter par l'adhérent

RAISON SOCIALE : _____ N° SIRET: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM : _____ PRENOM : _____ NE(E) LE : | | | | | | | | | |

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : | | | | | | VILLE : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Votre conseiller pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel à : AXA – M. Le Médecin Conseil – Antenne Médicale Inforce – 16 Rue Guillemot – 60500 Chantilly, ou par tous moyens à votre convenance. **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

Taille (T) : _____ cm Poids (P) : _____ kg Différence T-P = _____.	Répondre par		En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
	OUI	NON	
1- Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- Etes vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Durée ?
3- Etes-vous soumis actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Traitements, soins médicaux, médicaments (noms et doses) :
4- Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'une invalidité ou de séquelles de maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? Depuis quelle date ? Séquelles(s) et conséquence(s) éventuelle(s) :
5- Etes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ou d'une rente d'accident de travail supérieure à 15 % ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les taux ? <i>(joindre copie de la notification de rente)</i>
6- Etes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
7- Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
8- Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le ou lesquelles ? A quelle(s) date(s) ? Résultat(s) ?
9- Au cours des 10 dernières années, avez-vous : - suivi un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? - suivi un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? - suivi un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? - suivi un traitement par rayon, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Médicaments (noms et doses) : A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
10- Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un ou des motif(s) autre(s) que les suivants : maternité, césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et/ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, hernie inguinale, hernie ombilicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le ou lesquels ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ? Séquelles(s) et conséquence(s) éventuelle(s) :
11- Avez-vous été informé que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? - être hospitalisé ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? A quelle(s) date(s) ?

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès d'AXA France VIE, responsable du traitement, et destinées au Médecin Conseil du Service Médical de l'Assureur. Je déclare avoir pris connaissance de la notice ci-jointe et en accepter tous les termes, notamment des dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances.

J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche- 92727 Nanterre cedex

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Fait à _____ le | | | | | | | | | |
Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »