

L'article L.113-2 du CODE DES ASSURANCES fait obligation à la personne à assurer de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le questionnaire de santé détaillé par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion de l'adhésion au contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. L'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré en application de l'article 113-8 du Code des Assurances. **Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé détaillé, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil du service médical de l'assureur.**

PERSONNE À ASSURER

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON ET COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE :

VOS DONNÉES PERSONNELLES

		OUI	NON	
1	Pratiquez-vous une activité sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?
2	Êtes-vous amené à voyager hors de l'Union Européenne pour des raisons professionnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destination(s) :
3	Quelle est votre profession ?			
4	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille :	cm	Poids : kg
5	Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarettes :

ACTUELLEMENT

		OUI	NON	
6	Êtes-vous en arrêt de travail, même partiel, sur prescription médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Depuis :
7	Êtes-vous sous traitement ou sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Depuis :
8	Êtes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une affection récidivante ou de séquelles suite à un accident ou à une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Depuis :
9	Êtes-vous titulaire d'une pension / rente / allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité, d'une allocation pour adulte handicapé (AAH) ou bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Depuis : À quel taux ?
10	Avez-vous engagé une procédure d'affection de longue durée (ALD) ou de mise en invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES...

		OUI	NON	
11	Avez-vous interrompu, pour raison de santé, votre activité professionnelle durant plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Durée :
12	Avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement médical ou une surveillance régulière ? (incluant : analyses de sang, radiographies scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date :

AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES...

		OUI	NON	
13	Avez-vous effectué un séjour en établissement de soins, clinique, hôpital, maison de santé, établissement de cure, ou établissement psychiatrique (y compris en ambulatoire) ? (hors végétations, hémorroïdes, hernies de la paroi abdominale actuellement guéries, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, vésicule biliaire, dent de sagesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : Date et durée :
14	Avez-vous eu un accident ou une maladie ayant entraîné des séquelles ? (séquelles pouvant être temporaires ou permanents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Localisation des séquelles : Date :
15	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat se soit révélé positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :

AU COURS DES 12 PROCHAINS MOIS...

		OUI	NON	
16	À votre connaissance, devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, une consultation spécialisée ou un bilan de santé en vue d'un diagnostic ? (hormis le suivi d'une grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive comme contrôle systématique ophtalmologique, gynécologique ou dentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : Motif :

MERCI DE JOINDRE LES COMPTES RENDUS OPÉRATOIRES, LES COMPTES RENDUS DES EXAMENS AVEC DES RÉSULTATS ANORMAUX ET LES COPIES DES PROTOCOLES DE TRAITEMENT.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au médecin conseil du service médical de la Société.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre-elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté.

Le médecin conseil de l'assureur se réserve le droit de demander à la personne à assurer communication de documents médicaux complémentaires.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 113--8 DU CODE DES ASSURANCES. TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINÉ LA NULLITE DE L'ASSURANCE.

J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du contrat et/ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

Fait à :

Le :

Signature de la personne à assurer :