QUESTIONNAIRE PREVOYANCE

HOMME CLE

réinventons / notre métier

A compléter par l'assuré

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Contrat N° _____

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adressse _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Questionnaire médical confidentiel destiné au Médecin Conseil

Si vous souhaitez conserver un caractère totalement confidentiel à vos réponses, joignez votre document sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil.
Notre Médecin Conseil se réserve le droit de vous demander la communication de renseignements médicaux complémentaires

0 Poids _____ Kg Taille _____ cm

1 Etes vous actuellement en arrêt de travail ❑ Oui ❑ Non
Si oui depuis quelle date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Raison(s) médicale(s) précise(s) _____

2 Avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, un arrêt de travail de plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ? ❑ Oui ❑ Non
Raison(s) médicale(s) précise(s) _____
Date(s) début : _____ Date(s) fin : _____

3 Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, une (des) intervention(s) chirurgicale(s), à l'exclusion de l'ablation de l'appendice, des amygdales et/ou des végétations, d'une césarienne, de la vésicule biliaire ? ❑ Oui ❑ Non
Date(s) début : _____ Nature de l'intervention : _____
Séquelle(s) et Conséquence(s) éventuelle(s) _____

4 Avez-vous, au cours des 10 dernières années, séjourné dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ? ❑ Oui ❑ Non
Raison(s) médicale(s) précise(s)
Date(s) début : _____ Date(s) fin : _____

5 Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments) pendant plus de 30 jours ? ❑ Oui ❑ Non
Date(s) : _____ Nature : _____
Traitements, soins médicaux : _____
Médicaments (nom et doses) : _____
Séquelle(s) et conséquence(s) éventuelle(s) : _____

6 Devez-vous subir des examens médicaux en milieu hospitalier ou une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ? ❑ Oui ❑ Non
Date(s) : _____
Nature de(s) examen(s), intervention(s) : _____

7 Êtes-vous sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptif) ? ❑ Oui ❑ Non
Traitements, soins médicaux : _____
Médicaments (nom et doses) : _____
Raison(s) médicale(s) précise(s) : _____

8 Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ? ❑ Oui ❑ Non
Nature : _____ Résultats : _____

9 Présentez-vous un handicap, une infirmité, une malformation et/ou une maladie chronique ? ❑ Oui ❑ Non
Êtes-vous porteur d'une prothèse (autre que dentaire) ? ❑ Oui ❑ Non
Nature : _____ Séquelle(s) : _____
Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité > à 10 % : Taux : _____
Précisez les conclusions médicales de la notification d'attribution de cette pension :

Je reconnais être informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 Janvier 1978 modifiée, que les réponses posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier
Je déclare avoir pris connaissance des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, reproduits ci-après :
« ...Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur. »
« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat... »
J'autorise mon assureur à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seuls fins de la passation, de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance
Je déclare être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au service d'acceptation de l'assureur.
Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex – pour toute information r concernant.

Fait à ....., le .....

Signature de l'assuré