



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET MODE DE VIE ENTOUR'AGE (CONFIDENTIEL)

Demande d'adhésion  Demande de modifications (n° de contrat : .....)

### REMARQUES IMPORTANTES

- À renseigner par l'assuré lui-même de la façon la plus exacte et complète possible (tout questionnaire incomplet sera retourné)
- N'oubliez pas de signer ce document.

Ce questionnaire comporte des informations relatives à votre état de santé. Afin de garantir la confidentialité de ces informations, vous êtes formellement invité à le transmettre en utilisant l'enveloppe qui vous a été remise ou sous pli cacheté avec la mention **CONFIDENTIEL** à destination du Médecin Conseil d'AXA : **AXA Prévoyance individuelle - À l'attention du Médecin Conseil - TSA 40035 - 69836 Saint-Priest Cedex 9.**

### 1. PERSONNE À ASSURER

M.  Mme

Prénom(s) : .....

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Ville : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

L'adhérent, l'assuré est-il un majeur protégé ?  Oui  Non

### 2. TRAITEMENTS ACTUELS

■ Consultez-vous un médecin régulièrement ?  Oui  Non

Si oui, combien de fois par an et pourquoi ? .....

■ Bénéficiez-vous d'un traitement régulier par médicaments ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

| Affection                     |                             |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Date de début                 | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| Noms et doses des médicaments |                             |                             |                             |

■ Avez-vous suivi ces 20 dernières années, un traitement médical ou des soins (par exemple kinésithérapie) pendant plus de 3 mois consécutifs ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

| Affection                     |                             |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Date de début                 | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| Noms et doses des médicaments |                             |                             |                             |

■ Au cours des 20 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

| Affection                       |                             |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Date de début d'hospitalisation | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| Date de fin d'hospitalisation   | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

■ Avez-vous subi dans les 10 dernières années ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?  Oui  Non

Si oui, laquelle et à quelle date ? .....

Pour quelle(s) raison(s) ? .....

### 3. SENS

■ Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection des organes des sens (par exemple troubles de la vision, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie, dégénérescence maculaire, troubles de l'audition, vertiges troubles de l'équilibre) ?  Oui  Non

Si oui, de quelle(s) affection(s) ? .....

Depuis quelle(s) date(s) ? .....

L'affection est-elle unilatérale ou bilatérale ? .....

Précisez la nature des soins prescrits et le nom des médicaments ainsi que la durée du traitement : .....

### 4. OS & ARTICULATIONS

■ Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une affection des articulations, de la colonne vertébrale, des muscles (par exemple arthrose, rhumatismes, myalgies, séquelles de poliomyélite, localisation : épaules, coudes, mains, genoux, hanches, pieds, dos) ?  Oui  Non

Si oui, de quelle(s) affection(s) ? .....

Localisation de l'affection : .....

Depuis quelle(s) date(s) ? .....

Précisez la nature des soins prescrits et le nom des médicaments ainsi que la durée du traitement et les doses : .....

■ Présentez-vous des troubles de la marche ?  Oui  Non

Si oui, de quel type ? .....

■ Utilisez-vous des cannes, béquilles, fauteuil roulant, orthèse, etc.?  Oui  Non

Si oui quels moyens ? .....

Quel est votre périmètre de marche ? .....

■ Avez-vous une prothèse ?  Oui  Non

■ Avez-vous plusieurs prothèses ?  Oui  Non

Si oui, localisation(s) .....

Depuis quelle(s) date(s) ? .....

### 5. CARDIOLOGIE

■ Suite aux prises de tension sur les 3 derniers mois, quelle était votre tension artérielle :  
max ..... min  Traitée  Non traitée

■ Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie des vaisseaux et du coeur (par exemple hypertension artérielle, artérite, infarctus du myocarde, angine de poitrine, trouble du rythme, souffle, malformation, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, malformation, accident ischémique transitoire...) ?  Oui  Non

Si oui, de quelle(s) maladie(s) ? .....

Depuis quelle(s) date(s) ? .....

Précisez le nom des médicaments (y compris les traitements à titre préventif), les doses et la durée du traitement. ....

Date de la dernière consultation cardiologique : .....

### 6. NEUROLOGIE

■ Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection neurologique, neuro-dégénérative ou psychiatrique (par exemple, hémiplégie, névralgies, dépression nerveuse, spasmophilie, surmenage, sclérose en plaques, parkinson, paraplégie, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie, fibromyalgie, polynévrite) ?  Oui  Non

Si oui, de quelle(s) affection(s) ? .....

■ Si épilepsie :  Petit mal  Grand mal

Nombre de crises par an : ..... Date de la dernière crise : .....

Depuis quelle(s) date(s) ? .....

Précisez la nature des soins prescrits, le nom des médicaments et les doses ainsi que la durée du traitement. ....

■ Avez-vous des troubles de la mémoire ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous consulté un médecin généraliste ?  un médecin spécialiste ?

Quels sont les examens effectués ? à quelle(s) date(s) ? .....

(joindre une copie des examens effectués)

Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement pour troubles de la mémoire ?  Oui  Non

Si oui, lequel(s) ? .....



## 7. AFFECTION DE LONGUE DURÉE

- Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous du remboursement à 100 % des dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?  Oui  Non  
Si oui pour quelle affection ? depuis quelle date ? .....

## 8. AUTRES AFFECTIONS

- Êtes-vous atteint d'une affection métabolique (diabète, cholestérol...) ?  Oui  Non  
Si oui, de quelle(s) affection(s) ? Depuis quelle(s) date(s) ? Précisez la nature des soins prescrits et le nom des médicaments ainsi que la durée du traitement .....
- Êtes-vous atteint d'une affection musculaire ?  Oui  Non  
Avez-vous été suivi médicalement au cours des 10 dernières années pour une maladie urogénitale (troubles prostatiques, urinaires, rénaux ...) ou néphrologique ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....
- Êtes-vous ou avez-vous été atteint ces 10 dernières années d'une affection du foie ou de l'appareil digestif (hépatite, affection de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, de l'intestin) ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....
- Êtes-vous ou avez-vous été atteint ces 10 dernières années d'une affection ou allergie respiratoire (par exemple asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire) ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....

## 9. SUIVI MÉDICAL

- Avez-vous été informé que, dans les 12 prochains mois, vous devrez :
- Subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ?  Oui  Non
  - Être hospitalisé ?  Oui  Non
  - Suivre un traitement médical ?  Oui  Non
  - Subir une intervention chirurgicale ?  Oui  Non
- Si oui, pour quelle pathologie ? .....
- Avez-vous connaissance d'autres informations ou éléments particuliers concernant votre état de santé actuel qui n'ont pas été évoqués dans ce questionnaire (infirmité, défaut de constitution...) ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....
- Suivez-vous un traitement médical autre que ceux énumérés ci-dessus ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....

## 10. MODE DE VIE

Taille : ..... cm Poids : ..... kg

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?  Oui  Non

→  vin .....  
 bières .....  
 autres .....

Merci de préciser la quantité en nombre de verres\* et la fréquence de consommation (quotidienne ou hebdomadaire)

\* = 1 verre vin 12,5 cl - 1 verre bière = 25 cl - 1 verre apéritif ou digestif = 3 cl

Êtes-vous fumeur :

Oui  Non

→ Depuis quand ?  
Cigarettes :  
Cigarettes électroniques :  
Cigares :  
Pipes :

Quantité journalière

Non → Avez-vous fumé ?  
Depuis quand avez-vous arrêté :

Oui  Non



## 11. BESOIN D'AIDE

- Avez-vous actuellement besoin d'aide d'une tierce personne y compris un membre de votre famille pour :  
- effectuer les actes ordinaires de la vie (me lever et me coucher, me déplacer, m'habiller, me laver, m'alimenter) ?  Oui  Non  
- accomplir les actes domestiques suivants : courses, ménage, cuisine, lessive, repassage ?  Oui  Non
- Vivez-vous seul ou isolé ?  Oui  Non
- Utilisez-vous les transports en commun ?  Oui  Non
- Avez-vous le permis de conduire ?  Oui  Non
- Conduisez-vous ?  Oui  Non  
Si non, pourquoi ne conduisez-vous pas ? .....
- Gérez-vous personnellement votre budget ? (établissement de chèques, paiement de factures)  Oui  Non
- Utilisez-vous un distributeur de monnaie ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous actuellement des sports physiques ?  Oui  Non  
Si oui, précisez lesquels : .....
- Utilisez-vous régulièrement le téléphone ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous actuellement des sports de l'esprit ? (bridge, échecs, mots croisés...)  Oui  Non  
Si oui, précisez : .....
- Quels sont vos loisirs actuels (promenade, bricolage,...) ? (les citer) : .....
- Lisez-vous plus d'un livre par mois ? (ou une revue régulièrement)  Oui  Non
- Avez-vous la capacité de remplir des documents administratifs ? (par exemple déclaration d'impôts)  Oui  Non

## 12. DIVERS

- Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'une rente d'invalidité ou d'une pension d'invalidité ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le taux d'invalidité, le motif médical et la date d'attribution : .....
- Bénéficiez-vous d'une retraite anticipée pour inaptitude au travail ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le taux, le motif médical et la date d'attribution : .....
- Avez-vous ou prévoyez-vous de déposer une demande d'APA ?  Oui  Non
- Êtes-vous actuellement hébergé en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ?  Oui  Non
- Êtes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été plus de 30 jours consécutifs au cours de vos cinq dernières années d'activité ?  Oui  Non  
Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? .....
- Précisez les dates d'arrêt : .....

## 13. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L 113-9 du Code des assurances). Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

## 14. DATE ET SIGNATURE(S)

Fait à : ..... Signature de la personne à assurer et/ou son représentant légal

Date de signature : | | | | | | | |

