

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Document à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

Médecin Conseil de la Compagnie
APREP - 26, rue de Montholon - 75009 Paris

26, rue de Montholon - 75009 PARIS
Mail : info@aprep.fr - Site : www.aprep.fr
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : | | | | | | | | | | | |

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

Avez-vous, devez-vous séjourner à titre professionnel hors de l'Union Européenne, Japon, Australie, Amérique du Nord ? NON OUI

Si oui : Lieu _____ Fréquence _____ Date _____ Durée _____

Avez-vous souscrit ou sollicité d'autres assurances pour le risque décès à titre individuel ? NON OUI

Si oui : Montant _____ € Date _____ Compagnie _____

Ont-elles fait l'objet d'un(e) ? refus ajournement surprime restriction

Pratiquez-vous un sport ou une activité physique ? NON OUI Si oui : le(s)quel(s) _____

En compétition ? NON OUI

NON

OUI

1. Veuillez nous indiquer votre tension artérielle | | | |

Avec traitement ?

Lequel _____

2. Présentez-vous ou avez-vous présenté une affection médicale, ou une anomalie biologique (cholestérol, glycémie, urée...) justifiant surveillance ou traitement ?

Si oui veuillez s'il vous plaît compléter le paragraphe 7 au verso. Merci

3. Pour toute autre cause que maternité, appendicite, amygdales, hernie de paroi, chirurgie des varices des jambes, chirurgie esthétique ou réparatrice des os, muscles, tendons, nez, oreilles ou dents

• avez-vous été hospitalisé au cours des 10 dernières années ; une hospitalisation est-elle prévue dans les 6 prochains mois ?

Date, durée, motif, séquelles _____

• avez-vous subi un bilan médical ayant mis en évidence une anomalie ou devez-vous subir des examens médicaux dans les 6 prochains mois (examen cardio-vasculaire, analyses d'urines, de sang, électroencéphalogramme, radiographie, scanner, IRM, biopsie, fond d'œil...)?

Lequel, date, motif, résultats _____

• êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années ?

Date, motif _____

4. Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ?

Date _____

5. Présentez-vous une séquelle d'accident ou une infirmité justifiant d'un taux d'incapacité ?

Laquelle, date, taux _____

6. Êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de l'exonération du ticket modérateur ?

Taux incapacité permanente, motif, depuis quand _____

«Je consens à ce que mes données de santé fassent l'objet d'un traitement par la société La Mondiale et ses réassureurs, nécessaire à l'analyse de risque effectuée par l'assureur dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance ainsi qu'à la gestion du contrat souscrit».

La collecte de vos données personnelles est effectuée pour les besoins de la souscription et de la gestion de votre contrat d'assurance. Le responsable du traitement ainsi réalisé est la société LA MONDIALE. Les destinataires de vos données médicales sont les services médicaux de toute société adhérente ou cliente du GIE LA MONDIALE GROUPE ainsi que les services médicaux des réassureurs. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression sur les données vous concernant ainsi que d'un droit d'opposition pour des motifs légitimes au traitement de ces données. Vous pouvez exercer ces droits auprès du service médical du Département Experts - TSA 41029 (59896) LILLE CEDEX 9.

«Je m'engage à fournir au Médecin de LA MONDIALE, tout renseignement sur mon état de santé qu'il jugerait nécessaire, en rapport avec l'opération d'assurance faute de quoi mon contrat ne pourra être conclu».

Vous devez nous déclarer toute circonstance nouvelle, qui modifierait les déclarations faites ci-dessus, survenue entre la date de signature du présent document et la date d'émission du contrat, conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances.

«Je certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions du présent document et n'avoir rien dissimulé sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances».

Fait à _____ le _____

Signature du proposant
(précédée de la mention "lu et approuvé")

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ À COMPLÉTER SI VOUS AVEZ COCHÉ OUI AU PARAGRAPHE 2 DU RECTO

7. Veuillez préciser votre(vos) pathologie(s) :

	NON	OUI	Lesquelles, date, durée, traitement, évolution
Anomalies biologiques. (cholestérol, glycémie, urée...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies de l'appareil cardio-vasculaire. (infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, souffle ou malformation cardiaque, artérite, insuffisance veineuse, syncope ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies de l'appareil respiratoire. (asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumonie, sarcoïdose, tuberculose ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies de l'appareil digestif. (hernie hiatale, ulcère, jaunisse, pancréatite, rectocolite, polypes ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies rénales, urologiques et génitales. (coliques néphrétiques, albumine, sang dans les urines, cystite, prostatite, affections gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies du sang, des ganglions. (anémie, leucémie, hémophilie, lymphome ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies endocriniennes, métaboliques, autoimmunes. (diabète, goutte, pathologie thyroïdienne, lupus, sclérodermie, périartérite noueuse ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies infectieuses ou virales. (méningite, hépatite, rhumatisme articulaire aigu, sida, paludisme ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies des os, articulations. (arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ménisque, tendinopathie d'épaule, ostéoporose ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies du système nerveux ou des muscles. (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, vertiges, paralysie, sclérose en plaques ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies psychiques ou psychiatriques. (anxiété, dépression, tentative de suicide, psychose, stress, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies de la peau. (herpès, eczéma, allergie, psoriasis ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Affection de l'appareil auditif. (surdité, acouphènes, vertige de Ménière, mastoïdite ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Affection oculaire. (myopie, glaucome, amblyopie, décollement de rétine ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Portez-vous des lunettes de correction et/ou des lentilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant correction après correction œil droit _____ /10 _____ /10 œil gauche _____ /10 _____ /10

«Je consens à ce que mes données de santé fassent l'objet d'un traitement par la société La Mondiale et ses réassureurs, nécessaire à l'analyse de risque effectuée par l'assureur dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance ainsi qu'à la gestion du contrat souscrit».

La collecte de vos données personnelles est effectuée pour les besoins de la souscription et de la gestion de votre contrat d'assurance. Le responsable du traitement ainsi réalisé est la société LA MONDIALE. Les destinataires de vos données médicales sont les services médicaux de toute société adhérente ou cliente du GIE LA MONDIALE GROUPE ainsi que les services médicaux des réassureurs. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression sur les données vous concernant ainsi que d'un droit d'opposition pour des motifs légitimes au traitement de ces données. Vous pouvez exercer ces droits auprès du service médical du Département Experts - TSA 41029 (59896) LILLE CEDEX 9.

«Je m'engage à fournir au Médecin de LA MONDIALE, tout renseignement sur mon état de santé qu'il jugerait nécessaire, en rapport avec l'opération d'assurance faute de quoi mon contrat ne pourra être conclu».

Vous devez nous déclarer toute circonstance nouvelle, qui modifierait les déclarations faites ci-dessus, survenue entre la date de signature du présent document et la date d'émission du contrat, conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances.

«Je certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions du présent document et n'avoir rien dissimulé sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances».

Fait à _____ le _____

Signature du proposant
(précédée de la mention "lu et approuvé")