



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RELATIF AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

ASSURANCES COLLECTIVES

INFORMATIONS À LIRE ATTENTIVEMENT

Si le groupe assuré comporte moins de six salariés, vous devez nous transmettre le questionnaire de santé figurant au verso rempli, daté et signé par chaque salarié concerné.

Le questionnaire de santé

PARTIE À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT PAR L'EMPLOYEUR :

- **Nom de votre Entreprise,**
- **Numéro de SIRET,**
- Si des garanties prévoyance sont souscrites sur la tranche C : Tout salarié devant être garanti sur cette tranche à sa date d'adhésion ou en cours de contrat doit, au préalable, produire un rapport médical établi sur un formulaire qui vous sera communiqué sur simple demande. **Dans ce cas, cocher la case « oui » dans la case relative au rapport médical.**
Attention : Aucune garantie n'est acquise sur cette tranche de salaire tant que l'assureur n'a pas notifié au souscripteur sa décision, même si les cotisations correspondantes ont été encaissées,
- Si le contrat est déjà en cours, le **numéro** de celui-ci.

PARTIE À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT PAR LE SALARIÉ :

- **Toutes les questions sont à compléter,**
- **Le formulaire doit être daté et signé.**

Le questionnaire de santé doit nous parvenir dans les trente jours suivant la date d'entrée des nouveaux salariés.





CACHET DE L'INTERLOCUTEUR ASSUREUR

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RELATIF
AUX GARANTIES PRÉVOYANCE
ASSURANCES COLLECTIVES**

A compléter par votre employeur

Raison sociale : _____ N° Siret : _____

Rapport médical Tranche C : Oui Non

Numéro du contrat : _____

A compléter par L'adhérent

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Sexe : Féminin Masculin Nombre d'enfants à charge _____

Marié(e) Célibataire Veuf/Veuve Divorcé(e) Concubin(e) Lié(e) par un P.A.C.S.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Si vous souhaitez conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous pouvez placer ce questionnaire sous pli fermé à l'attention de M. le Médecin Conseil d'AXA.

Notre médecin conseil se réserve le droit de vous demander la communication de renseignements médicaux complémentaires.

- ① Poids : _____ kg Taille : _____ cm
- ① Êtes-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
Date(s) début : _____ Date(s) fin : _____
Raison(s) médicale(s) précise(s) : _____
- 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 végétations, d'une césarienne, de la vésicule biliaire ? OUI NON
Date(s) : _____ Nature intervention(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
Date(s) début : _____ Date(s) fin : _____
Raison(s) médicale(s) précise(s) : _____
- ⑤ Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pendant plus de 30 jours ? _____ OUI NON
Date(s) : _____ Nature : _____
Traitements, soins médicaux : _____
Médicaments (noms 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 l'(des) examen(s), intervention(s) : _____
- ⑦ Êtes-vous sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin OUI NON
(autre que contraceptif) ?
Traitements, soins médicaux : _____
Médicaments (noms 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) que les réponses aux questions 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 et le cas échéant, le gestionnaire de mon contrat, à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que celles qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seules fins de la passation de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je déclare être informé 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 du Service Information Clients - AXA 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent précédée de la mention " lu et approuvé "