

12394718

	OUI	NON	Si vous cochez OUI, donner les précisions demandées ↓
13 - Avez-vous été informé que, dans les 12 prochains mois vous devrez :  - subir des examens de laboratoire, des radiographies, un scanner, une IRM ? - être hospitalisé ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ? ..... ..... ..... .....
14 - Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurance de personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? ..... Auprès de quel Assureur ? ..... Pour quelles garanties ? ..... Pour quels montants ? .....

**Déclarations du postulant :**

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires en vue de ma Demande d'adhésion au contrat n°124.406 et sont destinées au Médecin Conseil de l'Assureur. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances et que les suites et conséquences de certains antécédents de santé déclarés sur le questionnaire de santé peuvent, lors de la décision d'admission, être exclues des garanties perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail, dans le cas où celles-ci sont proposées. Je reconnais avoir pris connaissance et compris la fiche de place sur le Droit à l'Oubli annexée à ce questionnaire.

J'accepte que mes données à caractère personnel libellées dans le présent questionnaire :

- soient collectées et recueillies par l'Assureur en qualité de responsable du traitement (le « Responsable de traitement ») selon les modalités et conditions prévues dans la notice d'information du Contrat n°124.406 (article « Traitement des données à caractère personnel ») ;
- aient pour seules finalités la passation et la gestion de ma Demande d'adhésion ; la lutte contre la fraude ; la mise en place d'actions de prévention et la prise de décision automatisée concernant l'acceptation de ma Demande d'adhésion ;
- aient un caractère obligatoire et soient nécessaires au traitement de ma Demande d'adhésion au Contrat n°124.406, étant entendu qu'en l'absence de l'une d'elles, ma demande ne pourra être valablement prise en compte ;
- soient exclusivement destinées au Médecin Conseil de l'Assureur, aux personnels et mandataires dûment habilités par le Responsable de traitement, ainsi qu'au(x) réassureur(s) ;
- soient traitées dans le respect du secret médical ;
- soient conservées :
  - si ma Demande d'adhésion n'a pas été acceptée par l'Assureur : pendant 5 ans ;
  - si ma Demande d'adhésion a été acceptée par l'Assureur : pendant la durée nécessaire à l'exécution de mon adhésion ; puis à l'issue de cette durée : pendant 30 ans (sauf si mon adhésion ne couvre qu'une garantie accident. Dans cette hypothèse, les données sont conservées 10 ans après le terme de mon adhésion).

☐ Mme ☐ Mlle ☒ M. Nom **CHEVRIN** Prénom **Thibault**  
Fait à ..... Le .....

Signature du Postulant

## QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LE POSTULANT – Contrat N124.406

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question et/ou l'absence d'autorisation pour le traitement de vos données de santé dans le dernier pavé du présent questionnaire (pavé intitulé « déclarations du Postulant ») nous empêchera de statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. **Vous avez la possibilité de répondre à ce questionnaire à votre domicile ou en agence bancaire.** Votre conseiller bancaire pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'adhésion au Médecin Conseil de l'assureur à l'aide de l'enveloppe confidentielle qui vous est remise, pré-établie à Cbp France à l'attention du Médecin Conseil - CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9, ou par tout moyen à votre convenance. **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

Conformément aux dispositions relatives au Droit à l'oubli de la Convention AERAS, si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse, vous avez la possibilité de ne pas déclarer ce risque, **sous certaines conditions** énoncées dans la fiche de place annexée à ce questionnaire. Pour plus d'informations sur le Droit à l'oubli, nous vous invitons à consulter le site officiel de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

1 - Taille :      cm      Poids :      kg	OUI	NON	Si vous cochez OUI, donner les précisions demandées ↓
2 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
3 - Etes-vous en cours de traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? ..... Depuis quelle date ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
4 - Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
5 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
6 - Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ou Allocation Adulte Handicapé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Depuis quelle date ..... De quelle nature ? ..... Taux ou catégorie ? .....
7 - Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... A quel titre ? .....
8 - Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% (Affectation Longue Durée) au cours des 15 dernières années pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
9 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail, total ou partiel, plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
10 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé <b>positif</b> pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C), VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
11 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous :  - suivi un traitement médical de plus de 21 jours pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? - suivi un traitement médical de plus de 21 jours pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? - suivi un traitement médical de plus de 21 jours pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? - suivi un traitement d'une durée supérieure à un mois par rayons, chimiothérapie ou immunothérapie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ? - subi des transfusions de sang ? - subi des radiographies, des électrocardiogrammes, un scanner, une IRM, des examens de laboratoire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
12 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un motif autre que : Maternité, appendicectomie, ablation des amygdales ou des végétations, de l'appendice, de la vésicule biliaire, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... A quelle date ? ..... Durée(s) ? .....

