

Ce document fait partie intégrante de la proposition d'assurance. Il est un élément indispensable, qui concourt à une juste appréciation du risque. Les réponses données serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. **Vous pouvez le remplir sur place ou à votre domicile.** A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance.

Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire à QUATREM, à l'attention du Médecin Conseil – Service Acceptation Médicale – TSA 20002 – 78075 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX.

Contrat : | | 3 | 0 | | 3 | 7 | 5 | | 0 | 2 | 0 | 1 | 9 | | 5 | 3 | 6 |

Convention : | | | | |

Raison sociale apporteur : Adresse : Code postal : Ville :	Entreprise adhérente : Racemus Consulting SAS Adresse : 75 rue du Père Corentin Code postal : 7 5 0 1 4 Ville : Paris
--	---

NOM : **Prénom :** **Date de naissance :** | | | | |

Adresse :

Code postal : | | | | | **Ville :** **Profession :**

REpondre EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REPONSE

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
1 Au cours des 10 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou avez-vous séjourné plus de 8 jours dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal), hors maternité ?		Date(s) : Durée(s) : Motif(s) :
2 Au cours des 10 dernières années, avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?		Motif(s) : Date de début : Durée :
3 Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?		Le ou lesquels ? A quelle date ? Durée : Motif(s) :
4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?		Date(s) : Durée(s) : Motif(s) :
5 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat se soit révélé positif ?		Le ou lesquels ? Date(s) : Résultat(s) :
6 Au cours des 10 dernières années, avez vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une ou plusieurs affections médicales telle(s) que : tension artérielle élevée, cholestérol, triglycérides, diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, hépatiques, urogénitales, des os, des articulations, de la colonne vertébrale y compris lombalgies ou sciatiques, neurologiques, psychiques y compris dépression, fibromyalgie, maladies du sang ou de la peau, ophtalmologiques, endocrinienne ou thyroïdienne, tumeurs ?		Date(s) : Nature(s) : Traitement(s) : Séquelle(s) :

REPENDRE EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REPONSE

Questions		Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
7	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	_____	Le ou lesquels ? Depuis quelle date ? Motif(s) :
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?	_____	Depuis quelle date ? Motif(s) :
9	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	_____	Depuis quand ? A quel taux ou quelle catégorie ?..... Pourquoi ? Quel est l'organisme qui verse la prestation ?.....
10	Etes-vous fumeur ?	_____	Nombre de cigarettes /jour : Depuis quel âge ?.....
11	Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou examens médicaux ?	_____	A quelle date ? Motif(s) :
Taille : en cm Poids : en kg			

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant et pouvez vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite adressée par courrier à l'attention du Médecin Conseil – Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance – 21, rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9.

Vos données de santé à caractère confidentiel sont exclusivement destinées au service Médecine Conseil. Ces données une fois strictement anonymisées peuvent faire l'objet d'analyses statistiques, celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil.

Je certifie l'exactitude des réponses ci-dessus et m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

En signant ce document, je consens expressément à ce que les données de santé me concernant fassent l'objet d'un traitement par les services de QUATREM et le cas échéant par son réassureur, avant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance.

L'ASSUREUR SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT COMPLEMENT D'INFORMATION.

Fait à, le | | | | | | | |

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « certifié exact » :