

**CAP - ARC****Questionnaire sur l'état de santé
et le mode de vie**Déclaration à compléter par l'assuré lui-même.
Tout questionnaire incomplet sera retourné.

Conseiller :

Nom

ZADOK Pique

Code

0375310105Nom _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)Prénom _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)

Né le _____ Profession _____

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

A Mode de vie

- Pratiquez-vous un sport ? ☐ non ☐ oui
Si oui, lequel ? _____
- Participez-vous à des compétitions ? ☐ non ☐ oui
Si oui, pour quel(s) sport(s) ? _____
- Pratiquez-vous une activité aérienne ? ☐ non ☐ oui
Si oui, laquelle ? _____
- Êtes-vous ? ☐ droitier ☐ gaucher ☐ ambidextre
- Consommez-vous des boissons alcoolisées ? ☐ non ☐ oui
Quantité journalière : vin (en cl) _____ bière (en cl) _____ apéritif (en nbre) _____ digestif (en nbre) _____
Autre fréquence _____
- Fumez-vous ? ☐ non ☐ oui
Avez-vous cessé de fumer ? ☐ non ☐ oui
Si oui, pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
Consommation journalière antérieure ? _____ Pendant combien d'années avez-vous fumé ? _____
Vous déclarez fumer :
Indiquez votre consommation journalière : cigarettes _____ cigares _____ pipes _____
Depuis quand fumez-vous ? _____
- Dans les 12 prochains mois, envisagez-vous de séjourner hors Union Européenne pour raison professionnelle ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez le(s) pays et la durée du séjour _____
- Êtes-vous actuellement au chômage ou sans emploi ? ☐ non ☐ oui

B Etat de santé actuel

- Quel est votre poids ? _____ Votre taille ? _____
Connaissez-vous votre tension artérielle ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : maxi : _____ mini : _____
- Avez-vous une correction oculaire (lentilles, lunettes) ? ☐ non ☐ oui
Si oui, pourquoi ? _____
Précisez votre acuité visuelle avant correction OD _____ OG _____ ; après correction OD _____ OG _____
En cas de myopie, et si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 3/10,
indiquez les dioptries aux 2 yeux OD _____ OG _____ (peuvent être obtenues chez l'ophtalmologue ou l'opticien).
En cas d'opération de la myopie, indiquez les dioptries avant opération OD _____ OG _____
- Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ☐ non ☐ oui
Si oui, indiquez le taux d'invalidité et le motif exact _____
Depuis quand ? _____
- Etes-vous actuellement soumis à un traitement ou des soins ? ☐ non ☐ oui
Si oui, lesquels ? (précisez le nom des médicaments et/ou la nature des soins) _____
Pour quels motifs ? _____ Depuis quand ? _____
- Etes-vous actuellement en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé ? ☐ non ☐ oui
Si oui, indiquez pourquoi ? _____ Depuis quelle date ? _____
- Devez-vous dans les 12 prochains mois faire l'objet d'une hospitalisation, d'une intervention chirurgicale, d'exams, de soins ou de traitements particuliers ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez nature(s) et motif(s) _____ Date prévue _____

C Antécédents médicaux**Au cours des 15 dernières années, avez-vous :**

- été victime d'un ou plusieurs accidents occasionnant des lésions ou blessures ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ nature(s) et localisation(s) _____
Séquelles _____
- subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s) ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ nature(s) et motif(s) _____
Conséquences _____
- subi une (des) transfusion(s) sanguine(s) ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ motif(s) _____

- été soumis à un traitement ou reçu des soins dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, centre de cures, autres) ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ nature(s) et motif(s) _____
durée(s) _____
 - été soumis à un traitement ou reçu des soins à domicile ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ nature(s) et motif(s) _____
durée(s) _____
 - subi des examens (radiographie, électrocardiogramme, coloscopie, gastroscopie, autres) ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ lesquels _____ motif(s) _____
Résultats _____
 - subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ résultat du test ☐ négatif ☐ positif
 - été en arrêt de travail pendant plus de 15 jours consécutifs ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : date(s) _____ durée(s) _____ motif(s) _____
- Pour les femmes : avez-vous effectuée une mammographie ? ☐ non ☐ oui
Si oui, précisez : résultat _____
En cas de kyste(s), calcification(s), fibrome(s), nodule(s), cancer, joindre obligatoirement le compte rendu de la dernière mammographie effectuée.

D Récapitulatif des affections

Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 15 dernières années d'une affection en rapport avec :

- 1 épilepsie, tétanie, perte de conscience, méningite, convulsion, paralysie, sclérose en plaque, état dépressif, anxiété, surmenage, trouble psychiatrique ou toute(s) autre(s) maladie(s) du système nerveux ou des muscles..... ☐ non ☐ oui
- 2 douleur de la poitrine, infarctus du myocarde, souffle cardiaque, trouble du rythme cardiaque, rhumatisme articulaire aigu, vertige, étourdissement, varice, phlébite, ou toute(s) autre(s) maladie(s) cardiovasculaire(s)..... ☐ non ☐ oui
- 3 asthme, allergie, bronchite, embolie pulmonaire, tuberculose, affections du nez, de la bouche, de la gorge ou toute(s) autre(s) maladie(s) du système respiratoire..... ☐ non ☐ oui
- 4 ulcère, hépatites, affection de la vésicule, du foie, du pancréas, du rectum, du colon ou toute(s) autre(s) maladie(s) de l'appareil digestif..... ☐ non ☐ oui
- 5 néphrite, pyélonéphrite, affection de la prostate, calculs, albuminurie, ou toute(s) autre(s) maladie(s) de l'appareil génito-urinaire..... ☐ non ☐ oui
- 6 arthrose, rhumatisme, douleur cervicale, douleur dorsale, douleur lombaire, lombo-sciatique, hernie discale, luxation, entorse, tendinite ou toute(s) autre(s) maladie(s) ostéoarticulaire(s)..... ☐ non ☐ oui
- 7 eczéma, dermite, allergie, psoriasis ou toute(s) autre(s) maladie(s) de la peau..... ☐ non ☐ oui
- 8 cholestérol, diabète, goutte, maladie(s) de la thyroïde ou d'une autre glande..... ☐ non ☐ oui
- 9 troubles auditifs : otite, surdité, troubles visuels : cataracte, glaucome, myopie ou toute(s) autre(s) maladie(s) ophtalmologique(s) ou de la sphère ORL..... ☐ non ☐ oui
- 10 tumeur, polype, kyste, cancer maladie du sang ou du système lymphatique et ganglionnaire..... ☐ non ☐ oui
- 11 affections gynécologiques..... ☐ non ☐ oui
- 12 affections mammaires..... ☐ non ☐ oui
- 13 autres maladies, infirmités ou défaut de constitution..... ☐ non ☐ oui

Si vous avez coché "oui" à l'une des cases du paragraphe D, veuillez reporter ci-après le(s) numéro(s) de la (des) case(s) et expliciter, pour chaque numéro, les troubles subis, la date, la durée, les séquelles et conséquences _____

Pièces médicales à fournir

Si vous avez répondu "oui" à l'une des questions ci-dessus, il est indispensable de fournir une copie des examens médicaux : Compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, compte-rendu anatomo-pathologique, compte-rendu radiologique, etc ...

Transmission de pièces médicales

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au médecin conseil du service médical d'ADIS. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté. Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe ci-jointe à destination du médecin conseil d'ADIS.

Informations importantes

J'ai été informé et je consens à ce que les données contenues dans le présent document puissent être utilisées pour les seules nécessités de la gestion du contrat d'assurance par ADIS, responsable du traitement. Le destinataire desdites données est le médecin conseil de la société ADIS.

En fonction des nécessités de la gestion du contrat, celles-ci pourront être communiquées aux services habilités de l'AGIPI, ses assureurs, réassureurs ou organismes professionnels intervenant au contrat.

Je reconnais avoir été informé, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Je déclare par ailleurs avoir été informé que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer à l'adresse suivante : Correspondant Informatique et Libertés, ADIS, 12 Avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Fait à _____, le _____

Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé" manuscrite (1)

(1) Si la personne à assurer est mineure, le père, la mère, ou le tuteur

L'assuré

ADIS

Centre de gestion des produits AGIPI et AGIPI Retraite
Société anonyme de courtage d'assurances
au capital de 480 000 € - Filiale d'AXA France Vie

Siège Social : 12 avenue Pierre Mendès France
CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex - Tél. 03 90 23 90 00
306 843 731 RCS Strasbourg - ORIAS n° 07 029 368 [www.orient.fr]