



QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ OPTION INVALIDITÉ PERMANENTE EVOLUO

À RENSEIGNER PAR LE POSTULANT À L'ASSURANCE

Nom : Prénom : Né(e) le :

Profession :

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 nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Nous vous conseillons de prendre seul, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous pourrez ensuite le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel à : AXA - à l'attention du Médecin Conseil - 16 rue Guillemot - CS 90 501 - 60501 Chantilly Cedex, ou par tous moyens 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.

Poids : kg Taille : cm Différence T-P :	OUI	NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
1 - Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
3 - Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Noms et doses des médicaments : Depuis quelle(s) date(s) ?
4 - Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle(s) date(s) ?
5 - Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité supérieure à 15 % ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les taux ? (joindre copie de la notification de rente)
6 - Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
7 - Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? À quelle(s) date(s) ? Durée ?
8 - Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? Notamment : ■ un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? ■ un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? ■ un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? ■ un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? ■ d'autres traitements d'une durée continue supérieure à 3 semaines ?	<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 ? Noms et doses des médicaments : À quelle date ? Durée ?
9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un (ou des) autre(s) motif(s) que les suivants : maternité, césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et/ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, 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 ? À quelle(s) date(s) ? Durée ?
10 - Avez-vous été informé que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : ■ subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? ■ 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 quels motifs ? À quelle date ?

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès d'AXA France VIE, responsable du traitement, et destinées au Médecin Conseil du Service Médical de l'Assureur. Je déclare avoir pris connaissance de la notice ci-jointe et en accepter tous les termes, notamment des dispositions de l'article L113.8 du Code des assurances.

J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Cadre réservé au Médecin Conseil	Fait à Le <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Signature précédée de la (des) mention(s) « lu et approuvé »
----------------------------------	---

