CONFIDENTIEL **CONTRAT N° 4040**

QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE
A renseigner par le postulant à l'assurance

NOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I PRENOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I NE(E) LE : I__I__I__I__I__I__I__I__I

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. 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 le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein de votre agence bancaire. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile. Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller bancaire pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel **ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel à: AXA - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 50111-92099 LA DEFENSE 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.

Rappel : Le principe de droit à l'oubli et la grille de référence prévus dans le cadre de la convention AERAS sont entrés en vigueur. Pour connaitre les conditions d'éligibilité, modalités d'application et les pathologies concernées, reportez-vous à la note de marché explicative annexée à ce questionnaire. Pour plus d'information, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : **www.aeras-infos.fr.**

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 ?	☐	☐	
2- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
3- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Noms et doses des médicaments : Depuis quelle(s) date(s) ?
4- Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Depuis quelle(s) date(s) ?
5- Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité supérieure à 15 % ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les Taux ? *(joindre copie de la notification de rente)*
6- Etes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	☐	☐	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 ?	☐	☐	Pour quels motifs ? A 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 ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Pour quels motifs ? Noms et doses des médicaments : A 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) autres(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 ??	☐	☐	Pour quel motif ? A quelle(s) date(s)? Durée(s) ?
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 ?	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	Pour quels motifs ? A 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.*

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Fait à |_____| le I__I__I__I__I__I__I__I__I

Signature précédée de la (des) mention(s) « Lu et approuvé »