

**QUESTIONNAIRE MEDICAL SIMPLIFIE STANDARD****A renseigner par le postulant à l'assurance**

NOM | \_\_\_\_\_ | PRENOM | \_\_\_\_\_ | NE(E) LE : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

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, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre avec votre demande d'admission sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au médecin conseil du service médical de la société : AXA - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 50111- 92099 LA DEFENSE Cedex. **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 connaître 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](http://www.aeras-infos.fr).

	OUI	NON
1- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ou 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"/>
2- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 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 un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Avez-vous subi au cours des 10 dernières années une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois de l'ablation de l'appendice, des amygdales et/ou des végétations, de la vésicule biliaire, d'une maternité, d'une césarienne, d'une hernie inguinale ou ombilicale, , hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ) et/ou devez-vous en subir dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu « OUI » à au moins une des questions du questionnaire simplifié ci-dessus, vous devez obligatoirement compléter le QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ</b>		

**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 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Signature du postulant