

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec la plus grande exactitude ce questionnaire car vos réponses vous engagent et permettent l'évaluation du risque par l'assureur. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre, seul, connaissance, soit sur place, soit à votre domicile, des dispositions et questions figurant dans le présent document. Ce questionnaire doit obligatoirement être signé de votre main. Afin de préserver la confidentialité des renseignements médicaux, vous devez adresser le présent questionnaire soit dans votre espace client sécurisé soit sous enveloppe confidentielle à **l'attention du Médecin Conseil**.

Vos déclarations sont valables 6 (six) mois à compter de la signature du présent questionnaire.

Si vous avez été atteint d'une pathologie entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS, vous avez le droit, sous certaines conditions, de ne pas la déclarer. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'oubli » et vérifier si vous remplissez les conditions requises, lorsque vous répondez aux questions marquées d'une (*), nous vous invitons à prendre connaissance avec la plus grande attention du Document d'information AERAS ci-joint annexé. Pour en savoir plus sur la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

Assuré
 Madame Monsieur

Nom : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

N° d'assuré : _____

MERCI DE REpondre par OUI ou par NON A CHACUNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS, POUR TOUTE REPONSE AFFIRMATIVE, MERCI DE COMPLETER LA RUBRIQUE COMMENTAIRES

Consentement

 Je consens au traitement de mes données de santé oui non

Constitution physique et habitudes de vie

			Commentaires
1) Quelle est votre taille (en cm) ?			_____ cm
2) Quelle est votre poids (en kg) ?			_____ kg
3) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Si oui, quelle quantité par jour ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Vin _____ cl <input type="checkbox"/> Bière _____ cl <input type="checkbox"/> Liqueur _____ cl <input type="checkbox"/> Autre _____ cl
4) Fumez-vous ? Si oui, quelle quantité par jour ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Cigarette _____ nbr / jour <input type="checkbox"/> Cigare _____ nbr / jour <input type="checkbox"/> Pipe _____ nbr / jour <input type="checkbox"/> Cigarette électronique _____ nbr / jour
5) Faites-vous actuellement ou avez-vous fait usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lequel / lesquels ? : _____ Jusqu'à quand ? : _____

Arrêts de travail

			Commentaires
6)* Etes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 10 dernières années, en arrêt de travail total (à temps complet) ou partiel (reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique), de plus de 21 jours consécutifs pour raison de santé (hors congé légal de maternité et paternité) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif ? : _____ _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Rentes et allocation adulte handicapé

			Commentaires
7) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou d'une invalidité, ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif ? : _____ _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Prise en charge

			Commentaires
8)* Etes-vous ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif ? : _____ _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Traitements médicaux

			Commentaires
9)* Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 10 dernières années, un traitement médical de plus de 21 jours (hors contraception, ménopause ou affections saisonnières telles que la grippe et les rhinites) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lequel ? : _____ _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
<i>Par traitement médicaux, on entend les traitements utilisant les médicaments (traitements curatifs, palliatifs, préventifs, symptomatiques) et divers moyens physiques (kinésithérapie, radiothérapie, thermalisme, acupuncture)</i>			Motif ? : _____ _____
10)* Au cours des 10 dernières années, avez-vous suivi un traitement par rayons X, substances radioactives, chimiothérapie ou immunothérapie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif ? : _____ _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Maladies

11) Au cours des 10 dernières années avez-vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une affection ou d'une maladie suivante :

Commentaires

a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
c) Ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
e) Articulaires : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-oesophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
h)* Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'une maladie de la moelle osseuse, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
i) Endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Maladies (suite)

			Commentaires
j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
k) Génitale : D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de burn out, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La / lesquelles ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

Hospitalisation

			Commentaires
12) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé, y compris pendant moins de 24 heures, dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé (hors végétations, amygdales, dents de sagesse, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Quand? : _____ Motif ? : _____

Examen médicaux

			Commentaires
13) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des examens biologiques et/ou cardiologiques et/ou d'imagerie médicale et/ou respiratoires qui ont révélé des anomalies ou nécessité une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels ? : _____ Motif ? : _____ Quand ? : _____

Séquelles

			Commentaires
14) Présentez-vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquelles? : _____ Motif ? : _____ Depuis Quand ? : _____

Actes médicaux futurs

			Commentaires
15) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____
16) Devez-vous réaliser un bilan ou des examens médicaux spécialisés dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Le / lesquels ? : _____ Motif ? : _____ Quand ? : _____ Durée ? : _____

En l'absence d'anomalie et/ou de pathologie, les bilans de surveillance annuels de médecine générale, dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques n'ont pas besoin d'être déclarés.

Ne sont pas à déclarer les hospitalisations pour appendicite, amygdales /végétations, grossesse normale, césarienne, IVG, dents de sagesse, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, fracture du tibia, péroné, radius, cubitus ou faciale (nez, mâchoire, pommettes), lithiases vésiculaires

Sérologies

			Commentaires
17)* Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ? (Ne répondre «OUI» que si le résultat a été positif.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Quand ? : _____ Résultat : _____

Je certifie avoir pris connaissance du document d'information sur le « droit à l'oubli » joint au présent document.

Je certifie avoir répondu avec sincérité et exactitude aux questions ci-dessus et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

Les informations recueillies par FOREVER font l'objet de traitements de données, indispensables à l'étude médicale de votre dossier ainsi qu'à la mise en place, la gestion et l'exécution de votre contrat. Les données personnelles collectées sont destinées aux personnels du Service Médical de FOREVER (sous l'autorité de son médecin conseil), à l'assureur, ou la mutuelle, et le réassureur, ce dans le respect de la réglementation inhérente au secret médical. La durée de conservation de vos données personnelles est fonction de la durée de votre contrat ainsi que des durées de prescription prévues par la réglementation, dans les limites des dispositions d'ordre public. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité des données, ainsi que du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée (y compris de profilage), et de celui d'organiser le sort de vos données personnelles à titre posthume. Toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits sont à adresser à : Délégué à la Protection des Données – dpo@mangolia.fr. Nous vous précisons que pour toute réclamation relative au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, il vous est possible de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés.

FAIT À : _____

LE : _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ :