

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

A COMPLETER, DATER ET SIGNER PAR L'ASSURE

Assuré :

Nom Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance : Situation de famille :
Adresse :
Profession et activité professionnelle précise exercée :

Adhérent (si différent de l'assuré) :

Nom/Prénom (ou raison sociale de l'entreprise) :

Je soussigné(e) déclare :

- Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120 (exemple 170cm - 70kg = 100).
- ☛ A défaut, précisez : votre taille : en cm et votre poids : en kg
- Ne pas suivre un traitement médical ou de kinésithérapie.
- Ne pas être actuellement en arrêt de travail.
- Ne pas avoir suivi de traitement médical pour une affection cancéreuse ou pour une hépatite.
- Ne pas avoir été, **au cours des 5 dernières années**, hospitalisé ou opéré pour maladie ou accident (sauf pour appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement), en arrêt de travail de plus de 30 jours (sauf congé légal de maternité), sous traitement de plus de 3 semaines consécutives.
- Ne pas avoir subi d'examens pratiqués par un médecin, de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) dont les résultats se seraient révélés **anormaux**.
- Ne pas bénéficier d'une prise en charge à 100 % par le régime obligatoire pour une affection de longue durée et ne pas avoir fait de demande en ce sens.
- Ne pas devoir prochainement, être hospitalisé même en hôpital de jour, subir d'examens médicaux de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...).
- Ne pas devoir séjourner **à titre professionnel** en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

L'assuré, par sa signature apposée au présent document, certifie de façon sincère qu'il répond à l'ensemble des déclarations énoncées ci-dessus. S'il ne peut pas signer cette déclaration, il doit systématiquement remplir, dater et signer un « Questionnaire Etat de Santé ».

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Je suis informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, mes réponses étant indispensables au traitement de mon adhésion ainsi qu'à la gestion de mon dossier.

Seuls SPHERIA VIE, ses réassureurs ainsi que les associations ou sociétés avec lesquelles elle a souscrit un contrat collectif pourront être destinataires de ces données.

Je peux demander, en application des dispositions de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en faisant parvenir ma demande au siège social de SPHERIA VIE, 10 rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

Fait à :le :/...../.....

Signature de l'assuré
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

DÉCLARATION "NON-FUMEUR"

Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente déclaration d'état de santé, sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.

Date :/...../.....

Signature de l'assuré :

CAFPI CRD

GARANTIES OPTIONNELLES

Nom et Prénoms (suivis s'il y a lieu du nom de naissance) :

Date de naissance :

Si vous avez choisi les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, et que vous souhaitez être garanti pour les affections du dos et/ou psychiatriques et psychiques exclues à la notice d'information, veuillez compléter le(s) questionnaire(s) ci-dessous correspondant à l'option choisie :

GARANTIE DOS

- Présentez-vous ou avez-vous présenté une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 15 jours (y compris infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

- avez-vous effectué une imagerie médicale de la colonne vertébrale (radiologie, IRM, scanner...) ? OUI NON

GARANTIE PSY

- Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ? OUI NON

- avez-vous déjà suivi un traitement de plus de deux semaines en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ? OUI NON

- avez-vous présenté un arrêt de travail de trois semaines ou plus en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie, ou toute autre affection psychiatrique ? OUI NON

- avez-vous recours ou avez-vous eu recours à un suivi psychiatrique ? OUI NON

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Je suis informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, mes réponses étant indispensables au traitement de mon adhésion ainsi qu'à la gestion de mon dossier.

Seuls SPHERIA VIE, ses réassureurs ainsi que les associations ou sociétés avec lesquelles elle a souscrit un contrat collectif pourront être destinataires de ces données, et ce, dans le respect des dispositions applicables en matière de secret médical.

Je peux demander, en application des dispositions de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en faisant parvenir ma demande au siège social de SPHERIA VIE, 10 rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

Fait à :le :/...../.....

Signature de la personne demandant à être assuré(e)
(précédée de la mention «lu et approuvé»)