

QUESTIONNAIRE "ÉTAT DE SANTÉ"

À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter dans sa totalité et avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer votre demande. **Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Consultant, ou par tous moyens de votre convenance.**

Le Médecin Consultant de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (ordonnance ; bilans biologiques, sanguins, urinaires ; comptes-rendus radiologiques, cardiologiques, d'hospitalisation, opératoires ; autres).

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

Date de naissance et nationalité :

Domicile :

Situation de famille :

Profession (avec détail) :

Pratiquez-vous un sport (y compris l'aviation) ? OUI NON Si oui Le(s)quel(s) : Souhaitez-vous être garanti pendant la pratique de ce(s) sport(s) ? OUI NON

Etes-vous amené à 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 ? OUI NON

Souhaitez-vous être garanti pendant ces séjours ? OUI NON

Fumez-vous ? OUI NON Si oui combien (paquets) ? Consommation journalière d'alcool ? OUI NON Si oui, combien (verres) ?

Taille (cm) :	Poids (kg) :	<input type="radio"/> Droitier <input type="radio"/> Gaucher <input type="radio"/> Ambidextre	Répondre OUI ou NON	En cas de réponse positive, donner toutes précisions utiles : A quelles dates ? Pour quelles raisons ? Natures et durées des traitements ? Conséquences et séquelles ?
1/ a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Suivez-vous actuellement un traitement médical ou paramédical ou êtes-vous sous surveillance médicale ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2/ Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :				
a) Maladies cardiaques, vasculaires, respiratoires, rhumatismales, ostéo articulaires, psychiatriques (dont dépression), neurologiques, O.R.L., de la peau, métaboliques, endocriniennes, hépatiques, digestives, rénales, gynécologiques, urologiques ; diabète, élévation du cholestérol ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Tumeur, cancer, leucémie ou autre maladie du sang ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
c) Maladies infectieuses (bactériennes, parasitaires, virales) dont infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3/ a) Avez-vous été hospitalisé (même en hôpital de jour) et/ou opéré (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
c) Avez-vous eu dans les 5 dernières années, une maladie ou des troubles médicaux ayant nécessité des examens particuliers, un traitement médical, régime, autres ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
d) Avez-vous subi un traitement par rayons, cobalt, interféron, chimiothérapie ou immunothérapie ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
4/ a) Avez-vous été en arrêt de travail ou en traitement de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Présentez-vous un handicap ou une infirmité congénital(e) ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
c) Etes-vous ou avez-vous été bénéficiaire d'une prise en charge à 100 % pour affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
d) d'une rente d'invalidité supérieure à 30 % ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
5/ a) Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C) et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Dans les 5 dernières années, avez-vous eu des examens dont les résultats auraient été anormaux (analyse de sang, des urines, électrocardiogramme, IRM, scanner, échographie, autres) ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
6/ Devez-vous être hospitalisé, opéré, traité, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens ou bilan médicaux ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
7/ a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance de prévoyance ou de décès ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
b) Ces polices d'assurance ont-elles été refusées, ajournées, acceptées avec surprime, acceptées partiellement, acceptées avec exclusion médicale ?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

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 assurée, précédée de la mention « Lu et approuvé »

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»)