

IMPORTANT

MERCI DE VERIFIER

1. Que vous avez bien renseigné vos nom, prénom, date de naissance, adresse et profession ;
2. Que vous avez bien complété ce questionnaire en totalité, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire, les traits et les mentions RAS n'étant pas considérés comme des réponses ;
3. Que vous avez dûment daté et signé ce questionnaire de santé.

A défaut, notre médecin conseil ne pourrait étudier votre dossier

QUESTIONNAIRE DE SANTE COMPLET

Les informations collectées sont toutes nécessaires à SSN co-responsable de traitement de Quatrem ci-après désigné Malakoff-Médéric Humanis. Elles concourent à une juste appréciation du risque et serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. Vous pouvez le remplir sur place, à votre domicile, ou sur votre espace sécurisé. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion.

Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection cancéreuse entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'oubli », nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en annexe du questionnaire.

Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire, à l'attention du Médecin Conseil de SSN 118, rue Mathurin – CS 10160 -13395 Marseille Cedex 10.

Contrat : 32 007

NOM : **Prénom :** **Date de naissance :** |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| **Ville :** **Profession :**

REPONDRE EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REPOSE

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
1. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été opéré ou avez-vous séjourné plus 48 heures dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal), hors maternité ?	_ _ _	Date(s) : Durée(s) : Motif(s) :
2. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	_ _ _	Motif(s) : Date de début : Durée :
3. Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?	_ _ _	Le ou lesquels ?..... A quelle date ? Durée : Motif(s) :
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours continus sur prescription médicale pour raison de santé ?	_ _ _	Date(s) : Durée(s) : Motif(s) :
5. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant sur les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	_ _ _	Le ou lesquels ? Date(s) :
6. Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années ou êtes-vous actuellement atteint d'une ou plusieurs affection(s) médicale(s) telle(s) que : • tension artérielle élevée, cholestérol élevé, triglycérides élevé, diabète, ou maladies endocriniennes, maladies cardiovasculaires, neuro-vasculaires, maladies respiratoires, maladies digestives, maladies hépatiques, maladies urogénitales, maladies des os, des articulations, de la colonne vertébrale y compris lombalgies ou sciatiques, maladies neurologiques, maladies psychiatriques, et / ou psychiques y compris anxiété, dépression, fibromyalgie, maladies du sang, maladies de la peau, atteintes ophtalmologiques, tumeurs ?	_ _ _	Date(s) : Nature(s) : Traitement(s) : Date de fin de traitement ou date de fin de protocole thérapeutique : Séquelle(s) :
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	_ _ _	Le ou lesquels ? Depuis quelle date ? Motif(s) :

8. Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ?	Motif(s) :
9. Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ?	A quel taux ou quelle catégorie ?.....
• Etes-vous titulaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quel est l'organisme qui verse la prestation ?.....
10. Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarettes/jour :	Depuis quel âge ?.....
• Consommez-vous des produits contenant de la nicotine (patch, gomme, inhalateur ...) ?	<input type="checkbox"/>	Type :	Quantité :
• Etes-vous consommateur régulier d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	Type :	Quantité :
		Fréquence :	
11. Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	A quelle date ?	Motif(s) :

Taille : en cm

Poids : en kg

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

En application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier à l'attention du Médecin Conseil Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet de Malakoff Médéric Humanis.

En signant ce questionnaire, vous acceptez expressément que vos données de santé soient collectées et traitées confidentiellement par les services du délégataire et soient transférées au service de Médecine Conseil de l'assureur et le cas échéant au personnel habilité de son réassureur.

Les données de santé vous concernant pourront faire l'objet, une fois anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de votre personne, d'analyses statistiques. Celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil Chef.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information joint en annexe concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli dans le cadre de la convention AERAS.

Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de sa date de signature.

Je certifie l'exactitude des réponses ci-dessus.

L'ASSUREUR SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT COMPLEMENT D'INFORMATION.

Fait à, le

Signature de la personne à assurer
Précédée de la mention manuscrite « CERTIFIE EXACT »

[NOUS VOUS CONSEILLONS VIVEMENT DE CONSERVER UNE COPIE DE CE DOCUMENT](#)