

# Questionnaire de santé



Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Adresse : .....  
Code Postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....  
Profession : .....  
Entreprise : ..... N° contrat : .....

TRÈS IMPORTANT

- Article L.113-8 du Code des assurances** : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est **nul**, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
- Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous** : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé.
- Confidentialité** : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante : Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex. Cependant, si parmi ces réponses, vous avez répondu Oui à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e)** à transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse ci-dessus.

1 - Votre taille : [ ] [ ] [ ] [ ] cm - Votre poids : [ ] [ ] [ ] [ ] kg

2 - Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ?  Non  Oui  
Nature de l'(des) hospitalisation(s) : .....  
Date(s) : .....  
Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s) : .....  
Date(s) : .....

3 - Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :  
a) consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche...) ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....

b) consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...) ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....

c) consulté pour un souffle cardiaque ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....

d) consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante...) ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....

e) été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de **30 jours** ?  Non  Oui  
Laquelle ? .....  
Durée de l'arrêt de travail : .....  
Nature du traitement médical : .....  
Date(s) : .....

f) été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de **30 jours** ?  Non  Oui  
Date de l'accident : .....  
Nature des blessures : .....  
Durée de l'arrêt de travail : .....  
Subsiste-t-il des séquelles ? .....  
Lesquelles ? .....  
Nature du traitement médical : .....

g) suivi un traitement par laser, rayons ou chimiothérapie ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....  
Durée(s) : .....

4 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?  Non  Oui  
Lequel ou lesquels ? .....  
A quelle(s) date(s) ? .....

5 - Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des **15 dernières années** ?  Non  Oui  
Pourquoi ? .....  
Date(s) : .....  
Durée(s) : .....

6 - Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée et/ou des examens médicaux (exemples : radiologie, cardiologie, laboratoire...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?  Non  Oui  
Date(s) : .....  
Durée(s) : .....  
Lesquels ? .....  
Pourquoi ? .....  
Résultats (à joindre si possible) : .....

7 - Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?  Non  Oui  
Pour quelle raison ? .....  
Depuis quelle date ? .....  
Date prévue de la reprise : .....

8 - Vous savez-vous atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque ?  Non  Oui  
Laquelle ? .....  
Depuis quelle date ? .....

9 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle...) ?  Non  Oui  
Pour quelle raison ? .....  
Nature du suivi médical et/ou du traitement médical : .....  
Depuis quelle date ? .....

10 - Êtes-vous titulaire :  
a) d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?  Non  Oui  
Depuis quelle date ? .....  
Pourquoi ? .....  
À quel taux ou quelle catégorie ? .....  
Quel est l'organisme qui verse la prestation ? .....  
b) de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?  Non  Oui  
Depuis quelle date ? .....  
Pourquoi ? .....  
À quel taux ? .....

11 - Êtes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Date(s) : .....

12 - Êtes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?  Non  Oui  
Précisez : .....  
Origine(s) : .....

13 - Est-il prévu (hors maternité) que, dans les **12 prochains mois**, vous alliez :  
a) passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?  Non  Oui  
Nature des examens : .....  
Date(s) : .....  
b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ?  Non  Oui  
Pourquoi ? .....  
Date(s) : .....  
c) faire l'objet d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale (hors bilan de santé) ?  Non  Oui  
Nature du traitement médical : .....  
Type d'intervention chirurgicale : .....  
Pourquoi ? .....  
Date(s) : .....

Pourquoi ?

Je soussigné(e) ..... certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé. Nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante :  
Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Fait à ..... le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature de la personne à affilier (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z - Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77  
Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris  
Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances, Gan Prévoyance et, sous la marque Gan Eurocourtage, par les courtiers