

Questionnaire de santé simplifié



Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Profession : _____

Entreprise : _____ N° de contrat : _____

TRÈS IMPORTANT

- 1) Article L113-8 du Code des assurances :** Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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.
- 2) 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.
- 3) Confidentialité :** Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire de santé sous pli cacheté adressé au médecin-conseil de l'assureur ? Non Oui
Si "OUI", vous êtes formellement invité à le transmettre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante : Service Médical Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

1 - Votre taille : [] [] [] [] centimètres

Votre poids : [] [] [] [] kilogrammes

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

3 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous :
- consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche, ...) ? Non Oui
- consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage ...) ? Non Oui
- eu un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé de plus de **30 jours** ? Non Oui

4 - Etes-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

5 - Etes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? Non Oui

6 - 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

7 - Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ? Non Oui

8 - Est-il prévu (hors maternité) que, dans les **6 prochains mois**, vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...), faire l'objet d'une consultation spécialisée, d'une hospitalisation et/ou d'une intervention chirurgicale ? Non Oui

Je soussigné (e) _____ certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations.

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à votre assureur à l'adresse suivante : Groupama Gan Vie – Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex ou par courriel à l'adresse suivante : src-collectives@ggvie.fr

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé). Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante : 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")