

Questionnaire de santé

APRIL RETRAITE MADELIN

ATTENTION

Document à photocopier, à remplir ensuite et à nous adresser sous pli cacheté à l'attention du médecin conseil.

Nom : Prénom :

Date de naissance

TRES IMPORTANT : Nous devons attirer votre attention sur le fait que les difficultés que nous rencontrons avec nos assurés proviennent essentiellement de déclarations incomplètes ou non conformes à la réalité. C'est pourquoi nous vous recommandons de prendre le temps de la réflexion avant de répondre aux questions ci-dessous.

L'article L 113-2 du Code des Assurances fait obligation au demandeur de répondre exactement aux questions qui lui sont posées par l'assureur. La gravité d'une maladie ou d'un accident s'apprécie comme ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux, d'une durée totale supérieure à trente jours.

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON

Etes-vous actuellement en incapacité de travail ou en invalidité ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelles raisons ?
Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie grave cardiovasculaire (hypertension artérielle en particulier), respiratoire, rénale, digestive, nerveuse ou neuropsychiatrique (dépression nerveuse...), ostéoarticulaire (vertébrale...), endocrinologique et nutritionnelle (diabète, hypercholestérolémie en particulier), hématologique, immunitaire (SIDA notamment), tumorale ou autre ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, la ou lesquelles ? A quelle date ? Durée, traitements suivis, conséquences (communiquer sous pli confidentiel, les certificats médicaux ou comptes rendus opératoires)
Avez-vous ou non subi un test de dépistage de la séropositivité dont le résultat se révèle positif ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date ?
Avez-vous été victime d'accidents graves ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, le ou lesquels ? (fournir tous documents) A quelle(s) date(s) ? Suite et séquelles
Avez-vous subi ou devez-vous subir dans les douze mois à venir une ou des interventions chirurgicales (il est inutile de déclarer appendicectomie et ablation des amygdales) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelles raisons ? A quelle(s) date(s) ? Suite et séquelles
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité militaire ou civile ou d'accidenté du travail ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel taux ? (fournir tous documents) Pour quel motif ? N° de la catégorie de l'invalidité retenue par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé
Un assureur y compris La Fédération Continentale a-t-il pris une des décisions suivantes à propos d'une demande d'adhésion présentée par vous ? • refusée • avec surprime • avec réduction de garantie • ajournée	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel assureur ? Quelle a été sa décision ? A quelle(s) date(s) ? Pour quel motif ?
La différence entre votre poids (en kg) _____ et votre taille (en cm) _____ au dessus d'un mètre est-elle supérieure à 20 ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ?
Etes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?
Etes-vous exonéré du ticket modérateur ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle date ?

Je reconnais que toute réticence ou fausse réponse entraînerait la nullité de la souscription et certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus. J'autorise les médecins que j'ai consulté à fournir au médecin conseil de La Fédération Continentale, toutes les informations d'ordre médical dont il pourrait avoir besoin.

Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en écrivant à La Fédération Continentale 11, boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09 – Tél. : 01 58 38 81 00. Ces informations sont destinées au médecin conseil de La Fédération Continentale et sont nécessaires au traitement de votre dossier.

Fait à _____ le _____
Signature de l'assuré précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"