

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer.

| Personne à assurer |  |
|--------------------|--|
| Nom                | Nom de jeune fille   |
| Prénom             | Date de naissance ..... / ..... / ..... Votre taille ..... cm / Votre poids ..... kg |
| Adresse actuelle   |  |
| Code postal        | Ville  |

|    |  | Répondre par<br>OUI ou NON | En cas de réponse positive<br>donner les précisions demandées<br>(utiliser si nécessaire une feuille annexe)   |
|----|--|----------------------------|--|
| 1  | - Avez-vous fumé au cours des 24 derniers mois ?<br>- Avez-vous arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical ?   | .....<br>.....             | Quand .....<br>Motif .....   |
| 2  | - Avez-vous, durant les 5 dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période de plus de 30 jours (sauf congé légal de maternité) ?<br>- Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez vous une activité réduite ou modifiée pour raison de santé ?                  | .....<br>.....             | Date d'arrêt ..... Durée .....<br>Motif .....<br>Traitement de suivi .....   |
| 3  | - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné en établissement hospitalier (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, hernie inguinale, hémorroïdes, calculs biliaires) ?<br>- Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? | .....<br>.....             | Lesquelles .....<br>A quelle(s) date(s) .....<br>Suites .....<br><i>Joindre le compte rendu obligatoire + histologie</i>   |
| 4  | - Etes-vous atteint d'une infirmité quelconque, d'une maladie grave ou chronique ou en état d'invalidité ?   | .....                      | Laquelles .....<br>A quelle(s) date(s) .....<br>Cause ..... Taux d'invalidité .....  |
| 5  | - Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ?  | .....                      | Lesquels .....<br>Pour quelle affection .....<br>Depuis quelle date .....  |
| 6  | - Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du Ticket Modérateur (prise en charge à 100%) ?   | .....                      | Quand .....<br>Motif .....   |
| 7  | - Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques, radiologiques ou autres dont le résultat s'est révélé anormal ?   | .....                      | Date des examens et résultats .....<br><i>Joindre le compte rendu</i>  |
| 8  | - Avez-vous subi un test de dépistage de séropositivité VHB, VHC ou VIH ?<br>Si oui, cochez la case correspondante et indiquez le résultat.  | .....                      | VHB <input type="checkbox"/> Date .../.../..... Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif<br>VHC <input type="checkbox"/> Date .../.../..... Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif<br>VIH <input type="checkbox"/> Date .../.../..... Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif |
| 9  | - Des propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été :<br>- refusées ou ajournées ou résiliées ?<br>- acceptées avec surprime ?<br>- acceptées avec exclusion(s) ?   | .....<br>.....<br>.....    | Date .../.../..... Motif.....<br>Date .../.../..... Motif.....<br>Date .../.../..... Motif.....  |
| 10 | - Etes-vous atteint d'une myopie dont la correction dépasse 5 dioptries ?  | .....                      | Nombre de dioptries : OG ..... OD.....<br>Traitement .....   |
| 11 | - Pratiquez-vous régulièrement un sport amateur, dans le cadre d'un club ou d'une fédération ?   | .....                      | Le(s)quel(s) .....<br>Fréquence .....<br>Niveau et compétitions .....<br>Souhaitez vous être garanti pour ce sport ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |

GM/AE/20080103

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, et afin de permettre à l'assureur de préserver la confidentialité des informations transmises, vous devez adresser votre questionnaire médical dûment complété et signé au Service Médical de l'assureur, ou au Médecin Conseil de l'assureur (sous pli cacheté notamment lorsque le document comporte des données médicales). Dans tous les cas, les données transmises sont couvertes par le secret professionnel. Le Médecin Conseil (ou le Service Médical de l'assureur) pourra demander des pièces ou examens médicaux complémentaires qui devront être transmis sous pli confidentiel. Le Médecin Conseil répondra à toute demande d'information de votre part.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Médical de l'assureur.

Je certifie exacts les renseignements donnés sur ce formulaire et reconnais que toute fausse déclaration ou réticence tendant à atténuer l'importance du risque, entraînerait la nullité de l'assurance ou la réduction de ses effets, conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de signature du présent questionnaire médical et la date de prise d'effet des garanties par courrier au médecin conseil de l'Assureur ou au service médical de l'assureur.

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

Fait à ..... Le .....

Exemplaire blanc : à renvoyer à François Bernard Assurances (à l'attention du Médecin Conseil à l'aide de l'enveloppe "confidentiel") / **Exemplaire vert : à conserver par l'assuré**

