





Je soussigné (e),

- demande à adhérer au(x) contrat(s) d'assurances collectives mentionnées ci-dessus,
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et ci dessous qui serviront de base à mon adhésion au(x) contrat(s), qu'elles aient été ou non, écrites de ma main,
- déclare avoir pris connaissance des garanties et des conditions du (des) contrat(s)

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurable précédée de la mention  
« Lu et approuvé, bon pour accord »

Les réponses aux questions posées sont obligatoires ; les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art.L 113.8 nullité du contrat et Art.L113.9 réduction des indemnités).J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du service clientèle d'AXA ASSURANCES, conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**1 exemplaire du Questionnaire de Santé ci-après doit être complété pour chaque personne assurable.**

ABC ASSURANCES BP 44077 2bis, place Saint Martin 25114 BAUME LES DAMES Cedex France

ABC ASSURANCES  
2 Bis, place Saint Martin  
25110 BAUME LES DAMES

Fondation CiuP/FnAK  
17, boulevard Jourdan  
75014 PARIS

### QUESTIONNAIRE MEDICAL

**N° de Carte de Chercheur Invité :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .../.../.....

Nom de jeune fille : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Sexe : Féminin  Masculin  Nombre d'enfants à charge : .....

Marié(e)  Célibataire  Veuf/Veuve  Divorcé(e)  Concubin(e)  Lié(e) par un P.A.C.S.

1/ Poids : .....kg Taille : ..... cm

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail .....  OUI  NON

2/ Si oui, depuis quelle date ? .../.../.....

Raison(s) médicale(s) précise(s) : .....

3/ Avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, un arrêt de travail de plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident?.....  OUI  NON

Date(s) début : ..... Date(s) fin : .....

Raison(s) médicale(s) précise(s) :

4/ Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, une (des) intervention(s) chirurgicale(s), à l'exclusion de l'ablation de l'appendice, des amygdales et/ou végétations, d'une césarienne, de la vésicule biliaire ? .....  OUI  NON

Date(s) : ..... Nature intervention(s) : .....

5/ Avez-vous, au cours des 10 dernières années, séjourné dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?.....  OUI  NON

Date(s) début : ..... Date(s) fin : .....

Raison(s) médicale(s) précise(s) :

6/ Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pendant plus de 30 jours ?  OUI  NON

Date(s) : ..... Nature : .....

Traitements, soins médicaux :

Médicaments (noms et doses) :

Séquelle(s) et conséquence(s) éventuelle(s) :

7/ Devez-vous subir des examens médicaux en milieu hospitalier ou une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?.....  OUI  NON

Date(s) : ..... Nature de l'(des) examen(s), intervention(s) :

8/ Êtes-vous sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptif) ?.....  OUI  NON

Traitements, soins médicaux :

Médicaments (noms et doses) :

Raison(s) médicale(s) précise(s) :

9/ Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?.....  OUI  NON

Nature : ..... Résultats : .....

10/ Présentez-vous un handicap, une infirmité, une malformation et/ou une maladie chronique ?  OUI  NON

Êtes-vous porteur d'une prothèse (autre que dentaire) ? .....  OUI  NON

Nature : ..... Séquelle(s) :

Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité > à 10 % : Taux : ... %

Précisez les conclusions médicales de la notification d'attribution de cette pension : .....

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des Articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances reproduits ci-après :

« ...Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur... »

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat... ».

J'autorise mon assureur et le cas échéant, le gestionnaire de mon contrat, à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que celles qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seules fins de la passation de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je déclare être informé que les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au service d'acceptation de l'assureur.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients - AXA 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant.

Fait à ....., le .../.../.....

Signature de l'adhérent précédée de la mention " lu et approuvé "