

Assurance de personne

Questionnaire médical à compléter

1/ Garantie « Frais de Santé » oui non

Pour les non salariés ne bénéficiant pas de la sécurité sociale

Formule choisie F1 ou Santé+

Tarif(s) (réservé à notre service)

Chercheur :

Conjoint :

1^{er} enfant :

2^{ème} enfant :

3^{ème} enfant :

4^{ème} enfant :

2/ Complémentarité Santé oui non

Pour les salariés bénéficiant de la sécurité sociale
Fournir attestation sécurité sociale obligatoire

Formule choisie F100 ou FM200

Tarif(s) (réservé à notre service)

Chercheur :

Conjoint :

1^{er} enfant :

2^{ème} enfant :

3^{ème} enfant :

4^{ème} enfant :

3/ Garantie Prévoyance oui non

Merci de faire un courrier à part si le(s) bénéficiaire(s) est (sont) autre(s) que le ou les héritiers

Chercheur	- de 40 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 64 ans
Option 1	<input type="checkbox"/> 22 €	<input type="checkbox"/> 46 €	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 215 €
Option 2	<input type="checkbox"/> 44 €	<input type="checkbox"/> 92 €	<input type="checkbox"/> 240 €	<input type="checkbox"/> 430 €
Option 3	<input type="checkbox"/> 88 €	<input type="checkbox"/> 184 €	<input type="checkbox"/> 480 €	<input type="checkbox"/> 860 €

4/ Garantie Assistance spécifique : oui non

Rapatriement dans le pays d'origine en cas de décès

.... Personne(s) * 15.40 euros =

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

Assurance habitation

5/ Multirisque Habitation : oui non

Type d'habitation : appartement maison

Si appartement : rez de chaussée non

Nombre de pièces du logement :
(y compris vérandas mais exclut : cuisine, entrée, dégagement, sanitaires, couloirs)

Si dépendances supérieures à 50 m² :m²

Logement meublé : oui non

Valeur du mobilier : 10 000 € 15 000 € Autres Montant : €

Mode de chauffage : Électrique Fuel Bois Autre (préciser) :

6/ Responsabilité Civile Vie Privée : oui non

.... Personne(s) * 32 euros =
(si pas de multirisque habitation souscrite)

Demande de garantie

ABC ASSURANCES
2 Avenue de Verdun
25110 BAUME LES DAMES

Fondation nationale Alfred KASTLER
Campus CNRS de Cronenbourg
23, rue du Loess
67037 STRASBOURG Cedex

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

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) de 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'excision 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) de fin : /..... /.....

Raison(s) médicale(s) précise(s) :

6/ Avez-vous été atteint, au cours de ces 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 conséquences(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) examens(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 L132-26, 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 déclarations change l'objet du risque ou 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 celle 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 »

Pièces justificatives à fournir pour la souscription

- cette demande remplie, datée et signée
- le questionnaire médical (pour les demandes d'assurance Frais de santé, Complémentaire santé et Prévoyance)
- un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) de votre banque en France dès que possible uniquement pour garantie santé
- une copie de votre attestation de Sécurité Sociale (si demande de souscription Complémentaire Santé)
- l'email de la réception de votre Numéro de Chercheur Invité par votre Centre Euraxess ou la FnAK
- une pièce d'identité par personne à assurer

Ces documents sont indispensables pour le traitement de votre souscription.

Vous pouvez nous faire parvenir votre règlement :

- par chèque (à l'ordre d'AXA Assurances)
- par virement (en demandant notre RIB)

Attention :

Les garanties sont accordées pendant la période demandée et au maximum pour un an ferme, il n'y a pas de renouvellement automatique. Pour renouveler, vous devez nous envoyer une nouvelle demande complète avec tous les justificatifs.

Toutes les personnes d'une même famille doivent souscrire aux mêmes garanties.

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.L113.8 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 rectifications auprès du service clientèle d'AXA ASSURANCES, conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.