



SCB
47 bis D bd Carnot – CS 20740
13617 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1
Tél : 04.42.26.47.61 - Fax : 04.13.41.98.31
E-mail : lpa@scb-assurances.com
Internet : www.laprevoyance.org

Questionnaire de Santé**Régime Prévoyance – Convention n°**

- 5149 Prévoyance Non Madelin 5150 Prévoyance Madelin
 5151 Prévoyance Frais Généraux 5152 Prévoyance Frais Généraux Grenoble
 5153 Prévoyance Rachat de parts 5154 Prévoyance Avocats salariés
 5165 Prévoyance Frais Généraux Madelin

A compléter par l'adhérent

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Numéro de Sécurité Sociale

Nom (majuscules) Prénom(s)

Nom de jeune fille Date de naissance : / /

Adresse

Code postal Ville

Mail : @ Téléphone fixe : - - - Téléphone portable : - - -

Le questionnaire médical confidentiel destiné au Médecin Conseil

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance.

Nous vous remercions de transmettre ce questionnaire médical sous pli confidentiel avec votre bulletin d'adhésion à : La Prévoyance des Avocats – SCB 47 bis D bd Carnot – CS 20740 – 13617 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1.

Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

Taille (T) : _____ cm Poids (P) : _____ kg Différence T-P = _____	Répondre OUI ou NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
1 – Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?		
2 – Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?		Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Durée ?
3 – Êtes-vous soumis actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ?		Pour quels motifs ? Traitements, soins médicaux, médicaments (noms et doses) : Depuis quelle date ?
4 – Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'une invalidité ou de séquelles de maladie ou accident ?		De quelle nature ? Depuis quelle date ? Séquelle(s) et conséquence(s) éventuelle(s) :
5 – Êtes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ou d'une rente d'accident de travail supérieure à 15 % ?		Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les taux ? (joindre copie de la notification de rente)
6 – Êtes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?		Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?		Pour quels motifs ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
8 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé Positif pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?		La ou lesquelles ? A quelle(s) date(s) ? Résultat(s) ?
9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous : - suivi un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? - suivi un traitement, eu des consultations médicales, pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse, anxiété ou stress ? - suivi un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? - suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	----- ----- ----- -----	Pour quels motifs ? Médicaments ? Depuis quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un ou des motif(s) autre(s) que les suivants : maternité, césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et/ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, hernie inguinale, hernie ombilicale ?		Le ou lesquels ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ? Séquelles(s) et conséquence(s) éventuelle(s) :
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? - être hospitalisé(e) - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?		Pour quels motifs ? A quelle(s) date(s) ?

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès d'AXA France VIE, responsable du traitement, et destinées au Médecin Conseil du Service Médical de l'Assureur.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice ci-jointe et en accepter tous les termes, notamment des dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances. J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier.

Je déclare être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier, dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche- 92727 Nanterre cedex

CADRE RÉSERVÉ AU MEDECIN CONSEIL

Fait à _____ le _____
Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »