

Questionnaire simplifié

M. Mme Mlle Nom:					Prénom :									
Nom de jeune fille éventuellement :														
Né(e) le à (ville) code postal tode postal														
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union libre Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)														
Profession : Actuelle Précédente														
Comporte-t-elle des risques particuliers ?														
En fonction de votre taille, votre poids est-il compris dans les tranches ci-dessous ?											Oui	Non		
Taille 130-134 135-139	140-144	145-149	150-154	155-159	160-164	165-169	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194	195-199	200-204	
Poids 32-49 34-53	37-57	39-62	42-66	45-70	48-75	50-80	53-85	57-90	60-95	63-100	66-106	70-112	73-117	
• suivi un traitement, eu des consultations médicales, pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression, 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 traitement d'une durée continue supérioure à un moir parreis pour raison contracentive ou pour traitement d'une allerais													Non Non Non Non	
Avez-vous dans les 5 dernières années, subi une opération ou séjourné plus de 10 jours dans un établissement de soin (hormis pour maternité, appendicite, végétations, amygdales, kératotomie)?														
Avez-vous été atteint dans les 3 dernières années d'une maladie ou d'un accident ayant nécessité plus de 15 jours de soins /traitements ou d'arrêt de travail ?														
5 Avez-vous subi des examens spécialisés(*) au cours des 12 derniers mois pour raison de santé ?											Oui	Non		
6 Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?													Non	
Votre état physique vous empêche-t-il d'exercer vos activités partiellement ou totalement, ou êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité-ou d'une affection nécessitant un traitement régulier (hormis allergies saisonnières) ?														
8 À votre connaissance, devez-vous être hospitalisé (**), opéré ou subir un bilan ?											Oui	Non		
Si vous avez répondu « NON » à la question 1 et /ou « OUI » à l'une des questions suivantes, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire, ainsi qu'un questionnaire médical dument complété, en utilisant l'enveloppe qui vous a été remise ou sous pli cacheté à destination du médecin conseil d'AXA à l'adresse suivante : AXA - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 50111- 92099 LA DEFENSE Cedex. (*) On entend par « examen spécialisé » : une analyse de sang ou d'urine, une radiographie, un électrocardiogramme (**) Y compris hospitalisations de jours. Les dispositions « Informatique et libertés » sont communiquées au dos de ce document.														
				t à : gnature	de la per	sonne à	assurer		le : e de la i	mention	« Lu et a	approuvé	é »)	

Informatique et libertés

Vous reconnaissez avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi qu'avoir pris connaissance des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Vous autorisez l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est l'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer vos réponses ainsi que les données vous concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de votre adhésion, d'une part, en vertu d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, à ses collaborateurs exerçant tant en France qu'au Maroc, d'autre part, à ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dont l'un situé aux États-Unis, adhère au SAFE HARBOR (accord qui régit le principe de protection des données personnelles).

Vous êtes informé que ces données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients 313, Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE Cedex - pour toute information vous concernant.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € · 310 499 959 R.C.S. Nanterre **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245 Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex

Entreprises régis par le Code des assurances.