

Bulletin d'adhésion *Çaassurance* au contrat d'assurance n°24.747

DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) / INCAPACITÉ DE TRAVAIL / PERTE D'EMPLOI

LIRE ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE DE SANTE CI-DESSOUS - REpondre LISIBLEMENT PAR OUI OU PAR NON

Avant de remplir le questionnaire de santé ci-dessous et afin de connaître les éventuels examens complémentaires à fournir pour l'étude de votre dossier, reportez-vous aux formalités médicales au dos de ce document.

A LIRE : si vous souhaitez la confidentialité de certains renseignements médicaux, vous avez la possibilité de remplir le questionnaire papier dans un espace isolé ou à votre domicile et de l'adresser sous pli confidentiel à l'attention de Monsieur le Médecin conseil de SSN - 118 rue Roger Mathurin - 13010 Marseille.

Pour tout renseignement sur le secret médical et la Convention AERAS, consultez le site officiel www.aeras-infos.fr

Quelque soit le montant assuré, si vous répondez "oui" à l'une des questions 1 à 6, répondez également aux questions 8 à 11

QUESTIONNAIRE DE SANTE - ASSURE(E) 1

• Nom : • Prénom : • Date de naissance : / /

• Précisez votre taille en cm : • Précisez votre poids en kg :

Ecrire "OUI" ou "NON" en toutes lettres

1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite pour raison de santé ?	Depuis quelle date ? Motifs :
2. Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité, ou êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ?	Laquelle ? A quelle date ? Taux : A quel titre ? civil <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous régulièrement un ou plusieurs médicaments ou avez-vous suivi un ou plusieurs traitements médicaux pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	Le(s)quel(s) ? Pour quelle affection ? Depuis quelle date ?
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives pour raison de santé ?	Date(s) d'arrêt : Durée(s) : Motifs : Traitement(s) suivi(s) :
5. Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années ? (sauf pour ablation de la rate (origine accidentelle), des végétations ou des dents de sagesse, maternité, appendicite, varices, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, myopie, césarienne, IVG)	Date(s) et durée(s) : Motifs : Séquelles éventuelles :
6. Au cours des 12 prochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou être hospitalisé ?	Le(s)quel(s) ? Date(s) : Motifs :
7. Pratiquez-vous un ou plusieurs sports de manière régulière ?	Si oui, précisez le(s)quel(s) ? Compétitions oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de l'une des maladies suivantes : a) maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus, artériopathie...) ? b) maladies de l'appareil respiratoire (laryngite, asthme, bronchite chronique...) ? c) maladies de l'appareil digestif (crohn, recto-colite, ulcère, hépatite virale...) ? d) maladies métaboliques ou endocriniennes (diabète, affection de la thyroïde, hypercholestérolémie...) ? e) maladies de l'appareil urinaire et/ou génital (polype, albuminurie, lithiase, sang dans les urines, utérus, seins, prostate...) ? f) polype, tumeur, cancer ?	Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date :
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de l'une des maladies suivantes : g) troubles neuro-psychiques (épilepsie, spasmophilie, dépression) ? h) arthrose cervicale, dorsale ou lombaire, rhumatismes ? i) hernie discale ou sciatique ? j) si autre maladie non citée ci-dessus, précisez laquelle :	Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date :
10. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine dont le résultat a été positif ?	Date et résultats : Laquelle ? Date :
11. Une ou plusieurs propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été refusées ou ajournées, acceptées avec surprime ou acceptées avec exclusions(s) ?	Décision et date(s) : Motifs :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions ci-dessus. **Signature de l'Assuré(e) 1**

Fait à : Le :

Bulletin d'adhésion **Çaassurance** au contrat d'assurance n°24.747

DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) / INCAPACITÉ DE TRAVAIL / PERTE D'EMPLOI

LIRE ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE DE SANTE CI-DESSOUS - REpondre LISIBLEMENT PAR OUI OU PAR NON

Avant de remplir le questionnaire de santé ci-dessous et afin de connaître les éventuels examens complémentaires à fournir pour l'étude de votre dossier, reportez-vous aux formalités médicales au dos de ce document.

A LIRE : si vous souhaitez la confidentialité de certains renseignements médicaux, vous avez la possibilité de remplir le questionnaire papier dans un espace isolé ou à votre domicile et de l'adresser sous pli confidentiel à l'attention de Monsieur le Médecin conseil de SSN - 118 rue Roger Mathurin - 13010 Marseille.

Pour tout renseignement sur le secret médical et la Convention AERAS, consultez le site officiel www.aeras-infos.fr

Quelque soit le montant assuré, si vous répondez "oui" à l'une des questions 1 à 6, répondez également aux questions 8 à 11

QUESTIONNAIRE DE SANTE - ASSURE(E) 2

• Nom : • Prénom : • Date de naissance : / /

• Précisez votre taille en cm : • Précisez votre poids en kg :

Ecrire "OUI" ou "NON" en toutes lettres

1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite pour raison de santé ?	Depuis quelle date ? Motifs :
2. Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité, ou êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ?	Laquelle ? A quelle date ? Taux : A quel titre ? civil <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous régulièrement un ou plusieurs médicaments ou avez-vous suivi un ou plusieurs traitements médicaux pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	Le(s)quel(s) ? Pour quelle affection ? Depuis quelle date ?
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives pour raison de santé ?	Date(s) d'arrêt : Durée(s) : Motifs : Traitement(s) suivi(s) :
5. Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années ? (sauf pour ablation de la rate (origine accidentelle), des végétations ou des dents de sagesse, maternité, appendicite, varices, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, myopie, césarienne, IVG)	Date(s) et durée(s) : Motifs : Séquelles éventuelles :
6. Au cours des 12 prochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou être hospitalisé ?	Le(s)quel(s) ? Date(s) : Motifs :
7. Pratiquez-vous un ou plusieurs sports de manière régulière ?	Si oui, précisez le(s)quel(s) ? Compétitions oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de l'une des maladies suivantes : a) maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus, artériopathie...) ? b) maladies de l'appareil respiratoire (laryngite, asthme, bronchite chronique...) ? c) maladies de l'appareil digestif (crohn, recto-colite, ulcère, hépatite virale...) ? d) maladies métaboliques ou endocriniennes (diabète, affection de la thyroïde, hypercholestérolémie...) ? e) maladies de l'appareil urinaire et/ou génital (polype, albuminurie, lithiase, sang dans les urines, utérus, seins, prostate...) ? f) polype, tumeur, cancer ?	Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date :
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de l'une des maladies suivantes : g) troubles neuro-psychiques (épilepsie, spasmophilie, dépression) ? h) arthrose cervicale, dorsale ou lombaire, rhumatismes ? i) hernie discale ou sciatique ? j) si autre maladie non citée ci-dessus, précisez laquelle :	Nature et date : Nature et date : Nature et date : Nature et date :
10. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine dont le résultat a été positif ?	Date et résultats : Laquelle ? Date :
11. Une ou plusieurs propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été refusées ou ajournées, acceptées avec surprime ou acceptées avec exclusions(s) ?	Décision et date(s) : Motifs :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions ci-dessus. **Signature de l'Assuré(e) 2**

Fait à : Le :

Formalités Médicales

CAPITAL (en euros)	AGE A L'ADHESION			
	< 40 ans	40 à 49 ans	50 à 64 ans	65 à 80 ans
< 160 000	QS	QS	QM	FM1
≥ 160 000 < 200 000	QM	QM	FM1	FM2
≥ 200 000 < 250 000	QM	FM3	FM3	FM5
≥ 250 000 < 450 000	FM3	FM3	FM3	FM5
≥ 450 000 < 1 000 000	FM4	FM4	FM6	FM7
à partir de 1 000 000	FM6	FM6	FM7	FM7

- QS** Questionnaire de santé simplifié (questions 1 à 7)
- QM** Questionnaire médical (questions 1 à 11)
- FM1** Questionnaire médical + rapport médical
- FM2** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan sanguin
- FM3** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral
- FM4** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin
- FM5** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + PSA
- FM6** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + Rapport cardiovasculaire
- FM7** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + Rapport cardiovasculaire + PSA

Bilan viral :

Ag HBs, sérologie HCV, sérologie HIV 1 & 2.

Bilan sanguin :

hémogramme, vitesse de sédimentation, numération des plaquettes, glycémie, cholestérol total et HDL, triglycérides, créatinine, acide urique, transaminases SGOT et SGPT.

PSA :

Prostatic Specific Antigen

Rapport Cardiovasculaire :

rapport d'examen établi par un cardiologue avec ECG et compte-rendu