

QUESTIONNAIRE MÉDICAL



PREVOYANCE – CONTRAT COLLECTIF



API0000101949

À remplir obligatoirement et à joindre à la demande individuelle d'affiliation
(Le participant doit répondre par OUI ou par NON, sans rature ni surcharge, à chaque question)

Merci de transmettre, **sous pli confidentiel**, le questionnaire médical et les divers documents médicaux en votre possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de votre état de santé à :

GROUPE APICIL - À l'attention du Médecin Conseil - BP 99 - 38 rue François Peissel - 69644 Caluire et Cuire Cedex

Nom - Prénom			
Profession	Né(e) le à		
Entreprise	N° SIRET :		
Taille	Poids	<input type="checkbox"/> Droitier	<input type="checkbox"/> Gaucher
Votre tension artérielle : <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Connue Mini : Maxi : Date de la dernière prise :			
Acuité visuelle avant correction : Œil droit :/10 Œil gauche :/10 Si correction, joindre ordonnance.			
Pratiquez-vous un sport ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON lequel en compétition : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de cigarettes / jour :			
Consommez-vous de l'alcool ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de verres/jour :			

En cas de réponse positive, donnez les précisions en utilisant si nécessaire une feuille annexe, le tout sous pli confidentiel fermé

	OUI	NON	
1 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quelle date :
2 - Avez-vous dû interrompre au cours des 10 dernières années votre travail plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs : Date(s) : Durée :
3 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi un ou plusieurs traitements médicaux ou régimes au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : Date(s) :
4 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi au cours des 10 dernières années des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : Motifs : Dates :
5 - Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date prévue : Motifs :
6 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ou sérologie anticorps anti-hépatite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : Résultats : Dates :

Veillez compléter également le verso du questionnaire

Paraphe :

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Nom et prénom du déclarant :

Avez-vous eu au cours des 10 dernières années ou êtes-vous atteint d'une ou plusieurs affections suivantes :

	OUI	NON	
7 - Cardio-vasculaire (hypertension, infarctus, varices, artérite, phlébite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
8 - Respiratoire (asthme, allergie, bronchite, tabagisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
9 - Neurologique ou psychiatrique (anxiété, surmenage, dépression nerveuse, épilepsie, vertige, spasmophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
10 - Digestive (gastrite, ulcère, colite, hépatite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
11 - Rénale, urinaire et gynécologique (coliques néphrétiques, sang ou sucre dans les urines, infection urinaire, fibrome...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
12 - Endocrinienne, métabolique (diabète, goitre, cholestérol, triglycérides...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
13 - Ostéoarticulaire (fracture, arthrose, douleur vertébrale, sciatique, tassement vertébral, hernie discale ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
14 - Sanguine ou ganglionnaire (anémie, hémorragie, atteinte de la rate...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
15 - Infectieuse (paludisme, brucellose, hépatite, maladie sexuellement transmissible...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
16 - Autres affections (maladie de peau, atteinte de la vision, de l'audition, malformation, hernie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
17 - Êtes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'accident, de maladie, de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : Motif médical : Date(s) :
18 - Êtes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical : Taux : Date(s) :
19 - Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
20 - Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une exclusion ou d'une surprime lors d'une demande d'assurance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Date(s) :

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir ultérieurement, la décision de l'institution pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à atténuer l'importance du risque, entraîne la nullité du contrat (art. L 932-7 du Code de la Sécurité sociale).

J'atteste l'exactitude et la sincérité des réponses que j'ai formulées et n'avoir rien dissimulé qui puisse tromper l'assureur.

Fait à : le :

Signature du participant :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies sur ce questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par APICIL Prévoyance pour accepter l'ouverture des garanties et leurs modalités d'application. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat ou l'exécution de mesures précontractuelles. Les données collectées seront communiquées aux services compétents d'APICIL ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée. Les données ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation de la finalité déclarée et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement, vous opposer au traitement de vos données ou exercer votre droit à la portabilité. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) : dpo@apicil.com ou à l'adresse **APICIL Prévoyance - Délégué à la protection des données, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale.
Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com