



DEMANDE D'ADHÉSION FRONTALIERS Plus



ATTENTION, COMPLÉTEZ LA DEMANDE D'ADHÉSION CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

- 1• Si vous êtes **NON AFFILIÉ** à un régime de base français, complétez et signez la Demande d'Adhésion au **contrat n° 7749 Y** page 2, ainsi que le Questionnaire de Santé.
- 2• Si vous êtes **AFFILIÉ** à un régime de base français, complétez et signez la Demande d'Adhésion au **contrat n° 7750 Z** page 3.
- 3• En cas d'adhésion conjointe de candidats à l'assurance **AFFILIÉS** et **NON AFFILIÉS** à un régime de base français :
 - les deux Demandes d'Adhésion doivent être complétées et signées. L'adhérent doit être le même sur les deux Demandes d'Adhésion (il doit s'agir de l'adhérent non affilié) ;
 - le Questionnaire de Santé doit être complété par les personnes à garantir non affiliées à un régime de base français ;
 - la garantie choisie doit être identique sur les deux Demandes d'Adhésion ; il en est de même pour le choix de la franchise optionnelle.



Cachet et code du Courtier

N° de proposition Internet

CODE

ESC LIN* *si rien n'est coché, l'option retenue par défaut sera ESC

Réf : **DA FRONT +**



CODE COURTIER []

À remplir par les frontaliers NON AFFILIÉS à un régime de base français (contrat n° 7749 Y) âgés de moins de 60 ans, résidant en France métropolitaine et travaillant en Suisse.

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Etes-vous actuellement adhérent à un contrat frontaliers souscrit par l'association ALPTIS FRONTALIERS ? OUI Adhérent n° [] NON

A ADHÉRENT

Je soussigné(e) M Mme Mlle Nom [] Prénom []
Date de naissance [] Domicile [] Code postal []
Ville [] Téléphone [] Portable [] E-mail []
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Concubin(e) Séparé(e)
Profession exacte [] Exercez-vous votre activité à titre indépendant ? Oui Non
Date de début d'activité en Suisse [] S'agit-il d'un premier emploi ? Oui Non

demande à adhérer à l'Association ALPTIS FRONTALIERS et au contrat n° 7749 Y souscrit par elle auprès de CNP IAM, ainsi qu'aux contrats souscrits auprès d'ACE European Group Limited et de FRAGONARD ASSURANCES.

B CONJOINT (à remplir pour le conjoint NON AFFILIÉ à un régime de base français. Dans le cas contraire, complétez la Demande d'Adhésion page 3, y compris les cadres A' et B')

Profession du conjoint [] Exerce-t-il son activité à titre indépendant ? Oui Non
S'il y a lieu, date de début d'activité en Suisse []

PERSONNES À GARANTIR (indiquez ci-dessous le nom des éventuelles personnes à garantir NON AFFILIÉES à un régime de base français)

Table with 6 columns: ADHÉRENT (1), CONJOINT (1), 1er ENFANT (1), 2e ENFANT (1), 3e ENFANT (1). Rows for Nom, Prénom, Né(e) le.

(1) Complétez un Questionnaire de Santé pour chaque personne à garantir non affiliée à un régime de base français.

GARANTIES CHOISIES À COMPTER DU []

Date d'effet de l'adhésion : les adhésions prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES de la présente Demande d'Adhésion, complétée, datée, signée et accompagnée du Questionnaire de Santé, sous réserve d'acceptation de l'assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. L'acceptation de l'assureur est subordonnée aux réponses fournies dans le Questionnaire de Santé. L'assureur peut refuser l'adhésion ou proposer des restrictions concernant la garantie et/ou des surprimes.

- Frais de Santé FRONTALIERS Plus 1 (2) FRONTALIERS Plus 2 FRONTALIERS Plus 3 FRONTALIERS Plus 4 FRONTALIERS Plus 5
Franchise optionnelle Oui Non
Option accident (3) | ADHÉRENT | CONJOINT | 1er ENFANT (4) | 2e ENFANT (4) | 3e ENFANT (4) |
 Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

(2) Si une partie des personnes à garantir est affiliée à un régime de base français, vous ne pouvez pas souscrire la garantie Frontaliers Plus 1.
(3) Cette option est réservée aux personnes à garantir non affiliées à un régime de base français et ne bénéficiant pas de la réglementation suisse relative aux accidents, sauf exception (cf. paragraphe 3.2 de la notice d'information).
(4) A renseigner pour les enfants âgés de plus de 18 ans (pour les enfants de moins de 18 ans, l'option est automatiquement incluse dans la garantie).

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'assureur. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-contre, des notices d'information contractuelles FRONT+ relative au contrat n° 7749 Y et Protection Juridique Santé Frontaliers correspondant aux garanties que j'ai souscrites. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours selon les modalités prévues dans la notice d'information contractuelle.

Fait à [], le []
Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"





CODE COURTIER

À remplir par ou pour le compte des personnes AFFILIÉES à un régime de base français (contrat n° 7750 Z) âgées de moins de 60 ans, résidant dans l'un des départements suivants : 01, 25, 39, 68, 74 et 90.

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Etes-vous actuellement adhérent à un contrat frontaliers souscrit par l'association ALPTIS FRONTALIERS ? OUI Adhérent n° NON

A' ADHÉRENT (l'adhérent doit être identique à l'adhérent mentionné dans la Demande d'Adhésion page 2, en cas d'adhésion conjointe de personnes AFFILIÉES et NON AFFILIÉES)

Je soussigné(e) M Mme Mlle Nom Prénom
Date de naissance Domicile Code postal
Ville Téléphone Portable E-mail
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Concubin(e) Séparé(e)
Profession exacte Exercez-vous votre activité à titre indépendant ? Oui Non
S'il y a lieu, date de début d'activité en Suisse

demande à adhérer à l'Association ALPTIS FRONTALIERS et au contrat n° 7750 Z souscrit par elle auprès de CNP IAM, ainsi qu'aux contrats souscrits auprès d'ACE European Group Limited et de FRAGONARD ASSURANCES.

B' CONJOINT (à remplir pour le conjoint AFFILIÉ à un régime de base français)

Profession du conjoint Exerce-t-il son activité à titre indépendant ? Oui Non
S'il y a lieu, date de début d'activité en Suisse

PERSONNES À GARANTIR (indiquez ci-dessous le nom des éventuelles personnes à garantir AFFILIÉES à un régime de base français)

Table with 6 columns: ADHÉRENT (1), CONJOINT, 1er ENFANT, 2e ENFANT, 3e ENFANT. Rows include Nom, Prénom, Né(e) le, Régime de base, N° assuré social.

(1) L'adhérent non affilié à un régime de base français ne doit pas compléter cette colonne.

(2) Pour chaque enfant, indiquez s'il relève du régime de base du père ou de la mère.

GARANTIES CHOISIES À COMPTER DU

Date d'effet de l'adhésion : les adhésions prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES de la présente Demande d'Adhésion, complétée, datée et signée, sous réserve d'acceptation de l'assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation.

Frais de Santé FRONTALIERS Plus 2 FRONTALIERS Plus 3 FRONTALIERS Plus 4 FRONTALIERS Plus 5

Franchise optionnelle Oui Non

La garantie Frontaliers Plus 1 ne peut pas être souscrite par les personnes à garantir affiliées à un régime de base français.

LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLÉS EN ACTIVITÉ (3)

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin OUI NON. Afin de bénéficier des dispositions de la loi Madelin, je joins les justificatifs des Caisses d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que la ou les personne(s) à garantir concernée(s) est(sont) à jour de (ses)leurs cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994).

(3) Les travailleurs non salariés non agricoles affiliés à un régime de base français et exerçant leur activité en France peuvent bénéficier de la déductibilité de leurs cotisations au titre de la loi Madelin.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'assureur. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). J'autorise ALPTIS ASSURANCES à établir une liaison directe (télétransmission) avec ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du

paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, des notices d'information contractuelles FRONT+ relative au contrat n° 7750 Z et Protection Juridique Santé Frontaliers correspondant aux garanties que j'ai souscrites. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours selon les modalités prévues dans la notice d'information contractuelle.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La ou les Demande(s) d'Adhésion,
- L'autorisation de prélèvement.

Avez-vous joint à votre demande ?

- Votre chèque d'acompte forfaitaire de 40 €, libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- La photocopie d'une pièce d'identité.

1• Pour les personnes "NON AFFILIÉES" à un régime de base français, vous devez joindre :

- Le Questionnaire de Santé. Ce questionnaire doit être complété par toutes les personnes à garantir NON AFFILIÉES à un régime de base français.
- Les photocopies du contrat de travail et du permis de travail (pour les plus de 60 ans).

2• Pour les personnes "AFFILIÉES" à un régime de base français, n'oubliez pas :

- Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (clé, régime, caisse, code et centre).
- Les justificatifs Madelin (assurance maladie et assurance vieillesse) pour les travailleurs non salariés, non agricoles exerçant leur activité en France, souhaitant déduire leurs cotisations de leurs bénéfices imposables.

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Si toutes les personnes à garantir sont AFFILIÉES à un régime de base français, votre Demande d'Adhésion est à adresser à :

ALPTIS ASSURANCES - Service Souscription - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

Si une des personnes à garantir est NON AFFILIÉE à un régime de base français, votre Demande d'Adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à :

**ALPTIS ASSURANCES - A l'attention de M. le Médecin Conseil de l'Assureur,
aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES - - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03**

À remplir uniquement par les personnes à garantir NON AFFILIÉES à un régime de base français (contrat n° 7749 Y)

Nom <input type="text"/>	RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "OUI", donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question (numéro et lettre).
Prénom <input type="text"/>	

IMPORTANT : prière de fournir des réponses précises à toutes les questions posées. L'imprécision ou l'absence d'une réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire.

	ADHÉRENT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Poids .....	..... kg	..... kg	..... kg
Taille .....	..... m	..... m	..... m
Taux de tension artérielle	Maxi Mini		
Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

I • PASSÉ MÉDICAL

A) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires ; du système nerveux (paralysies-accidents-troubles cérébraux) ; psychiques (dépressions nerveuses-psychoses) ; endocriniennes et/ou métaboliques ; respiratoires ; des os et articulations ; colonne vertébrale ; de l'appareil uro-génital ; de l'appareil digestif ; de la moëlle, du sang, des ganglions ; de la peau ; maladies infectieuses ou parasitaires ; des méninges ; des yeux, des oreilles ? Lesquelles ? Quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Avez-vous été hospitalisé ? Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été opéré ? Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(joindre le compte rendu opératoire et/ou d'hospitalisation correspondant)					
C) Avez-vous été accidenté ? Si OUI, à quelle date ? Lésions ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Matériel de fixation osseuse en place ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Avez-vous fait l'objet d'exams spécialisés ? (Bilan biologique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie, scanner, IRM) Si OUI, lesquels ? Quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Avez-vous eu des maladies ou accidents ayant donné lieu à des arrêts de travail de plus de 15 jours au cours des 3 dernières années ? Si OUI, à quelle date ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
F1) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? Résultat positif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date	Date	Date	Date	Date	Date
F2) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus de : - l'hépatite B (VHB) ? - l'hépatite C (VHC) ? Si OUI, le résultat a-t-il été spécifié positif ? (répondre à chaque question de cette rubrique)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date	Date	Date	Date	Date	Date

II • PRÉSENT

A) Etes-vous actuellement en traitement médical ? Si OUI, lequel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Suivez-vous un régime, une cure, des massages ? Si OUI, lesquels ? Pour quelle affection ? Depuis quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une anomalie, d'une maladie chronique ? Si OUI, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
F) Votre acuité visuelle est-elle réduite ? Si OUI, indiquez le taux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
G) Votre acuité auditive est-elle réduite ? Si OUI, indiquez le taux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
H) Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire) ? Si OUI, précisez le taux, le motif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
I) Vous trouvez-vous actuellement en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

III • ÉVOLUTION

A) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si OUI, laquelle ? Précisez la date approximative	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu ? (soins, orthodontie, couronnes, bridges, appareils). Si OUI, date de début des soins	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire de santé qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Fait à , le

Signature du candidat à l'assurance précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.

Nom

Prénom

Fait à , le

Signature du candidat à l'assurance précédée de la mention manuscrite
"LU ET APPROUVÉ"



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.

À remplir uniquement par les personnes à garantir NON AFFILIÉES à un régime de base français (contrat n° 7749 Y)

Nom <input type="text"/>	RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "OUI", donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question (numéro et lettre).
Prénom <input type="text"/>	

IMPORTANT : prière de fournir des réponses précises à toutes les questions posées. L'imprécision ou l'absence d'une réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire.

	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT	2 ^{ème} ENFANT
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Poids .....	..... kg	..... kg	..... kg
Taille .....	..... m	..... m	..... m
Taux de tension artérielle	Maxi Mini		
Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

I • PASSÉ MÉDICAL

A) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires ; du système nerveux (paralysies-accidents-troubles cérébraux) ; psychiques (dépressions nerveuses-psychoses) ; endocriniennes et/ou métaboliques ; respiratoires ; des os et articulations ; colonne vertébrale ; de l'appareil uro-génital ; de l'appareil digestif ; de la moëlle, du sang, des ganglions ; de la peau ; maladies infectieuses ou parasitaires ; des méninges ; des yeux, des oreilles ? Lesquelles ? Quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Avez-vous été hospitalisé ? Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été opéré ? Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(joindre le compte rendu opératoire et/ou d'hospitalisation correspondant)					
C) Avez-vous été accidenté ? Si OUI, à quelle date ? Lésions ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Matériel de fixation osseuse en place ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Avez-vous fait l'objet d'exams spécialisés ? (Bilan biologique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie, scanner, IRM) Si OUI, lesquels ? Quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Avez-vous eu des maladies ou accidents ayant donné lieu à des arrêts de travail de plus de 15 jours au cours des 3 dernières années ? Si OUI, à quelle date ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
F1) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? Résultat positif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date	Date	Date	Date	Date	Date
F2) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus de : - l'hépatite B (VHB) ? - l'hépatite C (VHC) ? Si OUI, le résultat a-t-il été spécifié positif ? (répondre à chaque question de cette rubrique)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date	Date	Date	Date	Date	Date

II • PRÉSENT

A) Etes-vous actuellement en traitement médical ? Si OUI, lequel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Suivez-vous un régime, une cure, des massages ? Si OUI, lesquels ? Pour quelle affection ? Depuis quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une anomalie, d'une maladie chronique ? Si OUI, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
F) Votre acuité visuelle est-elle réduite ? Si OUI, indiquez le taux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
G) Votre acuité auditive est-elle réduite ? Si OUI, indiquez le taux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
H) Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire) ? Si OUI, précisez le taux, le motif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
I) Vous trouvez-vous actuellement en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

III • ÉVOLUTION

A) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si OUI, laquelle ? Précisez la date approximative	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu ? (soins, orthodontie, couronnes, bridges, appareils). Si OUI, date de début des soins	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire de santé qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.
Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Signature du CONJOINT précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

Fait à , le

Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.



Nom

Prénom

Fait à , le

Signature du CONJOINT précédée de la mention manuscrite
"LU ET APPROUVÉ"



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.