

P R É V O Y A N C E

Prévoyance



(**Serenassur**)

Seniors

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Questionnaire Dépendance - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère



Madame, Monsieur,

La souscription au contrat Serenassur nécessite des formalités médicales complémentaires, afin de préciser une ou plusieurs des déclarations que vous venez de faire dans le questionnaire de santé.



Toutes les rubriques de ce questionnaire dépendance doivent être complétées par votre médecin traitant afin que celui-ci puisse être analysé par un Médecin-Conseil.

L'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : Prénom :

Cachet de l'assureur-conseil n° : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Les frais d'examens médicaux que vous engagez seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.

Ils seront également remboursés dans les cas suivants :

- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.

En revanche, les frais resteront à votre charge dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,
- Vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Note d'honoraires

- Remboursement à l'assuré
 Honoraires dus à M. le Docteur

Adresse :

Précisez le mode de paiement désiré :

Pour l'examen de M. Euros

Le présent questionnaire dépendance ne fera l'objet d'un remboursement par APRIL Assurances que si le proposant a répondu oui à au moins une des questions du questionnaire de santé.

Date, cachet et signature

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Ce document confidentiel doit être complété par le médecin traitant avec le concours du proposant. Il devra être retourné par le proposant sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'APRIL Assurances.
Ce questionnaire est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions peut entraîner un refus de la demande d'adhésion au contrat.
 Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances
 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré(e) M. Mme Mlle Nom : Prénom :
 (Proposant) Date de naissance :
 N° et Nom de l'Assureur Conseil :

Docteur agissant en qualité de médecin traitant de
 M. depuis le

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.
Pour toute réponse affirmative, veuillez apporter les précisions complémentaires demandées.
 Pour accélérer l'étude du dossier, le proposant peut joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.

1	Veuillez indiquer pour le proposant : Sa Taille : cm Sa pression artérielle : / Son Poids : kg <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/> non traitée	
2	Est-ce que le proposant est pris en charge à 100% par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande est-elle prévue ou en cours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? Motif ?
3	Est-ce que le proposant bénéficie d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10% ou une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? Motif ? Taux d'invalidité (précisez à titre civil ou militaire) :
4	Est-ce que le proposant doit subir prochainement des examens médicaux, un traitement médical ou être hospitalisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si le proposant n'est pas retraité ou préretraité : est-il actuellement en arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Quand ? Motif(s) ? Depuis quand ? Motif ? Date de reprise prévisible ?
5	Si le proposant était en activité au cours des 5 dernières années : a-t-il dû interrompre son travail pour plus de 3 semaines consécutives ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est-ce que le proposant consomme quotidiennement des boissons alcoolisées ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est-il fumeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Quand ? Durée de chaque arrêt ? Motif ? Quantités journalières ? Quantités journalières ? Depuis quand ? Dates - Durée - Motifs - Résultats ?
6	Au cours des 5 dernières années : Le proposant a-t-il : • effectué des séjours en milieu hospitalier ou assimilé de plus de 5 jours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • subi des examens médicaux (en dehors de la médecine du travail) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie, ... ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... ..... ..... ..... ..... .....

7	Est-ce que le proposant suit actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lequel ?
	Le proposant est-il atteint d'une maladie :		Motif ?
	• de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quelle date ?
	• de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diagnostic - Date de survenue - Signes fonctionnels actuels ?
	• de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• du système nerveux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• de l'appareil génito-urinaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
		
		
		
8	• endocrinienne ou métabolique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• neuropsychique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• ophtalmologique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• tumorale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• des os et des articulations ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
		

CONFIDENTIEL

**Merci de joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.
Envoyez-les sous pli confidentiel au Médecin conseil d'APRIL Assurances
27 rue Maurice Flandin
BP 3343
69403 LYON Cedex 03**



Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. de courtage en assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 500 000 € - Inscrite sur la liste ALCA - 428 702 419 RCS LYON.
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des Assurances.