QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / 1

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : j j m m a a a a

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03.
Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.
Les questions **6)** et **9a)** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.
Les questions **3c)**, **3d)**, **4** et **7** ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Expat - À l'attention du Médecin Conseil - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANCE

VOTRE TAILLE : ◯ Centimètres ◯ Inch **VOTRE POIDS :** ◯ Kilogrammes ◯ Pounds

9

1 Êtes-vous ou avez-vous été au cours des **15 dernières années pris(e) en charge à 100%** pour raison médicale **au titre d'une affection de longue durée (ALD)** par un organisme d'assurance maladie ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Motif : .....

Date(s) : ..... Durée(s) : .....

2 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été **hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale** y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Motif de l' (des) hospitalisation(s) : .....

Date(s) : ..... Nature de l' (des) intervention(s) chirurgicale(s) : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

3 Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

a) consulté pour une **atteinte de la colonne vertébrale** (exemples : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique…) ou pour toute autre atteinte articulaire ou rhumatismale ou fibromyalgique (exemples : épaule, genou, hanche…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

b) consulté pour des **troubles psychiques** (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

c) consulté pour une **affection cardio-vasculaire** (exemples : hypertension artérielle, phlébite, infarctus, accident vasculaire cérébral…) ou pour toute autre affection cardiaque ou vasculaire ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

d) consulté pour des **troubles respiratoires** (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique…) autres qu'affections aigues saisonnières ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : j j m m a a a a

4	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention **« positif »** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Lequel ou lesquels ? ..... À quelle(s) date(s) ? .....
5	Au cours des **5 dernières années**, avez-vous bénéficié d'un **traitement médical** sur prescription médicale, d'une durée **de plus de 30 jours** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif(s) : ..... Nature du traitement : ..... Date(s) : ..... Durée(s) : .....
6	Êtes-vous actuellement ou avez-vous été **au cours des 5 dernières années** en **arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale** pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Si **OUI** : ◯ **Maladie** ◯ **Accident** Nature : ..... Date(s) : ..... Durée(s) : ..... Séquelles éventuelles : .....
7	Êtes-vous **actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque**, ou faites-vous l'objet d'un **suivi médical** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Nature de la maladie ou de l'affection : ..... Date / Année d'apparition : ..... Nature du suivi médical : .... Depuis quelle date :
8	Suivez-vous **actuellement** un **traitement médical** sur prescription médicale **d'une durée de plus de 30 jours** ou un **traitement médical régulier** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif(s) : ..... Nature du traitement médical : ..... Depuis quelle date :
9	Êtes-vous : **a)** titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou invalidité ? ◯ **NON** ◯ **OUI** **b)** atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Depuis quelle date : Motif : .....
10	Est-il prévu dans les **12 prochains mois** que vous alliez (hors maternité et hors examen de prévention) : **a) passer des examens médicaux** (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Nature des examens : ..... Motif : ..... Date(s) : ..... **b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ?** ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif : ..... Date(s) : ..... **c) subir une intervention chirurgicale ?** ◯ **NON** ◯ **OUI** Type d'intervention chirurgicale : ..... Motif : ..... Date(s) : .....

9

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :
Pour faciliter le traitement de votre demande, merci de nous apporter un maximum de détails supplémentaires concernant les maladies ou affections déclarées dans le Questionnaire de santé. Nous vous encourageons également à joindre les copies de tout rapport médical ou document complémentaire qui pourrait aider notre service médical à traiter votre dossier au plus vite.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES .....
.....
.....
.....

Je soussigné(e).....
certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à ..... le j j / m m / a a a a

Signature de l'assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :
Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / 2

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : j j m m a a a a

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03.
Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.
Les questions **6)** et **9a)** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.
Les questions **3c)**, **3d)**, **4** et **7** ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Expat - À l'attention du Médecin Conseil - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANCE

VOTRE TAILLE : ◯ Centimètres ◯ Inch **VOTRE POIDS :** ◯ Kilogrammes ◯ Pounds

9

1 Êtes-vous ou avez-vous été au cours des **15 dernières années pris(e) en charge à 100%** pour raison médicale **au titre d'une affection de longue durée (ALD)** par un organisme d'assurance maladie ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Motif : .....

Date(s) : ..... Durée(s) : .....

2 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été **hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale** y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Motif de l' (des) hospitalisation(s) : .....

Date(s) : ..... Nature de l' (des) intervention(s) chirurgicale(s) : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

3 Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

a) consulté pour une **atteinte de la colonne vertébrale** (exemples : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique…) ou pour toute autre atteinte articulaire ou rhumatismale ou fibromyalgique (exemples : épaule, genou, hanche…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

b) consulté pour des **troubles psychiques** (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

c) consulté pour une **affection cardio-vasculaire** (exemples : hypertension artérielle, phlébite, infarctus, accident vasculaire cérébral…) ou pour toute autre affection cardiaque ou vasculaire ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

d) consulté pour des **troubles respiratoires** (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique…) autres qu'affections aigues saisonnières ? ◯ **NON** ◯ **OUI**

Précisez la nature et le traitement : .....

Date(s) : ..... Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? ◯ NON ◯ OUI Si OUI lesquels ? .....

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ /2 [SUITE]

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : j j m m a a a a

4	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention **« positif »** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Lequel ou lesquels ? ..... À quelle(s) date(s) ? .....
5	Au cours des **5 dernières années**, avez-vous bénéficié d'un **traitement médical** sur prescription médicale, d'une durée **de plus de 30 jours** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif(s) : ..... Nature du traitement : ..... Date(s) : ..... Durée(s) : .....
6	Êtes-vous actuellement ou avez-vous été **au cours des 5 dernières années** en **arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale** pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Si **OUI** : ◯ **Maladie** ◯ **Accident** Nature : ..... Date(s) : ..... Durée(s) : ..... Séquelles éventuelles : .....
7	Êtes-vous **actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque**, ou faites-vous l'objet d'un **suivi médical** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Nature de la maladie ou de l'affection : ..... Date / Année d'apparition : ..... Nature du suivi médical : .... Depuis quelle date :
8	Suivez-vous **actuellement** un **traitement médical** sur prescription médicale **d'une durée de plus de 30 jours** ou un **traitement médical régulier** ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif(s) : ..... Nature du traitement médical : ..... Depuis quelle date :
9	Êtes-vous : **a)** titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou invalidité ? ◯ **NON** ◯ **OUI** **b)** atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Depuis quelle date : Motif : .....
10	Est-il prévu dans les **12 prochains mois** que vous alliez (hors maternité et hors examen de prévention) : **a) passer des examens médicaux** (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie…) ? ◯ **NON** ◯ **OUI** Nature des examens : ..... Motif : ..... Date(s) : ..... **b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ?** ◯ **NON** ◯ **OUI** Motif : ..... Date(s) : ..... **c) subir une intervention chirurgicale ?** ◯ **NON** ◯ **OUI** Type d'intervention chirurgicale : ..... Motif : ..... Date(s) : .....

9

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :
Pour faciliter le traitement de votre demande, merci de nous apporter un maximum de détails supplémentaires concernant les maladies ou affections déclarées dans le Questionnaire de santé. Nous vous encourageons également à joindre les copies de tout rapport médical ou document complémentaire qui pourrait aider notre service médical à traiter votre dossier au plus vite.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES .....
.....
.....
.....

Je soussigné(e).....
certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à ..... le j j / m m / a a a a

Signature de l'assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :
Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :