



Personne à assurer

NOM : MARTINET | PRENOM : PHILIPPE | NE(E) LE : 06/11/1977

**DÉCLARATION SPÉCIALE NON-FUMEURS**

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer, depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. En outre, je m'engage à informer l'Assureur si je commence ou recommence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Fait à : BEYNOST  
 Le : 12/10/2016  
 Signature de la personne à assurer précédée de « Lu et approuvé » : Lu et approuvé

- Veillez compléter le QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE ci-dessous, dans les cas suivants :
- Si votre capital total à assurer est inférieur ou égal à 300.000 € et si vous avez moins de 45 ans
  - Si votre capital total à assurer est supérieur à 200.000 € et si vous avez entre 45 ans inclus et moins de 55 ans

Sinon, compléter le QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE figurant au verso

Rappel : Le principe de droit à l'oubli et la grille de référence prévus dans le cadre de la convention AERAS sont entrés en vigueur. Pour connaître les conditions d'éligibilité, modalités d'application et les pathologies concernées, reportez-vous à la note de marché explicative annexée à ce questionnaire.  
 Pour plus d'information, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

**QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE**  
 A renseigner par le postulant à l'assurance

Nous attirons votre attention sur la nécessité de remplir avec le plus grand soin ce questionnaire. À défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein de votre agence bancaire. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile. Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller bancaire pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil à l'attention de « Monsieur le Médecin Conseil – Gestion AXA – 73/75 rue Brillât Savarin – 75013 PARIS ». Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé. Vos déclarations sont valables 180 jours.

	OUI	NON
1 : Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 : Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 : Etes-vous titulaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 : Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? Notamment : - un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? - un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? - un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? - un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 : Avez-vous subi au cours des 10 dernières années une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois de l'ablation de l'appendice, des amygdales et/ou des végétations, de la vésicule biliaire, d'une césarienne, d'une hernie inguinale ou ombilicale) et/ou devez-vous en subir dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si vous avez répondu au moins un « oui » au questionnaire simplifié ci-dessus, vous devez en outre compléter le QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE figurant au verso.  
 Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait entraîner la nullité de l'assurance, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.  
 Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès d'AXA France Vie, responsable du traitement, et destinées au Médecin Conseil du Service Médical de l'Assureur.  
 Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat n° 4950 et en accepter tous les termes, notamment des dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances.  
 J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier.  
 Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Informations Clients - 313 Terrasses de l'Arche- 92727 Nanterre cedex

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Fait à BEYNOST le 11/21/10/2016  
 Signature précédée de la (des) mention(s) « Lu et approuvé »  
Lu et approuvé

EXEMPLAIRE DESTINE AU MEDECIN CONSEIL

