

	Questions	Oui	Non	Précisions complémentaires
7	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un intervention chirurgicale ? • une transfusion sanguine ? • une hémodialyse pour insuffisance rénale ? • un traitement par radiations au cobalt ou chimiothérapie pour tumeur ou maladie de sang ? • un traitement pour maladie rhumatismale ? • un traitement pour troubles psychiatriques ? • un traitement pour troubles cardio-vasculaires ? • un traitement pour troubles respiratoires ? • un traitement pour troubles digestifs (estomac, foie, pancréas, intestin, colon) ? • un traitement pour troubles métaboliques (diabète, cholestérol, triglycéride, acide urique, goutte, insuffisance rénale...) ? • d'autres traitements d'une durée supérieure à un mois ? • d'autres examens complémentaires (scanner, résonnance magnétique, fond de l'œil, doppler, électroencéphalogramme, échographie, épreuve d'effort, examens sérologiques) ? (joindre les résultats) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8	<p>Dans les prochains mois, devez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • subir des examens ? • être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9	<p>Si vous avez déjà fait des demandes d'assurance sur la vie ou sur la dépendance, ont-elles été :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acceptées avec surprime ou avec exclusion ? • ajournées ou refusées ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Nom et adresse de votre médecin traitant.....
.....
.....

Déclaration de sincérité

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision concernant la garantie demandée.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations me concernant, auprès du Groupe Humanis Satisfaction clients, 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.

Les informations médicales communiquées sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Elles sont, par ailleurs, rigoureusement séparées de mes données administratives.

Fait à.....le

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé") :

Questionnaire médical

Garantie facultative Rente de conjoint ALSTOM

ATTENTION

Ce questionnaire est à adresser au médecin-conseil d'Humanis
8 boulevard Vauban 59024 Lille Cedex, sous pli confidentiel

M. M^{me} M^{lle} NOM et Prénoms.....

Adresse :

Entreprise :

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de Sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le questionnaire est à remplir par le salarié. Toutes les réponses aux questions sont obligatoires.

Les informations sont toutes nécessaires à l'adhésion et l'exécution du contrat. Le responsable du traitement est le médecin-conseil d'Humanis 8 boulevard Vauban 59024 Lille Cedex. Ce document et les données qu'il comporte seront exclusivement conservés par la cellule médicale.

Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Sécurité sociale (Articles L.932-7 et L.932-17).

Veillez indiquer :

Votre taille :cm

Votre poids :kg

Votre tension artérielle :

Si vous portez des verres correcteurs, indiquer votre degré de vision :

- avant correction : œil droit..... 10° œil gauche..... 10°
- après correction : œil droit..... 10° œil gauche..... 10°

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou par NON. Pour toute réponse affirmative, veuillez apporter les précisions complémentaires (date, nature exacte, traitement, évolution).

	Questions	Oui	Non	Précisions complémentaires
1	Êtes-vous atteint d'une infirmité ou d'une malformation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Êtes-vous atteint de séquelles d'accident ou de maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Êtes-vous atteint d'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement avec ou sans hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Êtes-vous atteint d'une affection des sens (glaucome, cataracte, rétinopathie, troubles des yeux, troubles de l'audition) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Êtes-vous atteint d'une affection neurologique du cerveau et des muscles (épilepsie, vertiges, perte de connaissance, attaque vasculaire cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie, troubles de l'équilibre, troubles de la sensibilité, troubles de la marche, troubles de la parole, troubles de l'écriture, troubles de la mémoire, tremblements) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Questions	Oui	Non	Précisions complémentaires
7	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un intervention chirurgicale ? • une transfusion sanguine ? • une hémodialyse pour insuffisance rénale ? • un traitement par radiations au cobalt ou chimiothérapie pour tumeur ou maladie de sang ? • un traitement pour maladie rhumatismale ? • un traitement pour troubles psychiatriques ? • un traitement pour troubles cardio-vasculaires ? • un traitement pour troubles respiratoires ? • un traitement pour troubles digestifs (estomac, foie, pancréas, intestin, colon) ? • un traitement pour troubles métaboliques (diabète, cholestérol, triglycéride, acide urique, goutte, insuffisance rénale...) ? • d'autres traitements d'une durée supérieure à un mois ? • d'autres examens complémentaires (scanner, résonnance magnétique, fond de l'œil, doppler, électroencéphalogramme, échographie, épreuve d'effort, examens sérologiques) ? (joindre les résultats) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8	<p>Dans les prochains mois, devez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • subir des examens ? • être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9	<p>Si vous avez déjà fait des demandes d'assurance sur la vie ou sur la dépendance, ont-elles été :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acceptées avec surprime ou avec exclusion ? • ajournées ou refusées ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Nom et adresse de votre médecin traitant.....
.....
.....

Déclaration de sincérité

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision concernant la garantie demandée.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations me concernant, auprès du Groupe Humanis Satisfaction clients, 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.

Les informations médicales communiquées sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Elles sont, par ailleurs, rigoureusement séparées de mes données administratives.

Fait à.....le

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé") :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Dépendance ALSTOM

ATTENTION

Ce questionnaire doit être retourné sous enveloppe cachetée jointe portant la mention "Confidentiel" à l'attention du médecin-conseil d' Humanis - 8 boulevard Vauban 59024 Lille Cedex

Renseignements obligatoires :

La demande concerne le SALARIE

NOM du salarié **Prénom**

Date de naissance N° Sécurité sociale

Adresse

Questionnaire

Oui

Non

1	Indiquez votre taille : cm ; votre poids : kg		
2	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? <i>Indiquez la consommation :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fumez-vous ? <i>Indiquez la consommation :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous été dispensé du Service National pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande en ce sens est-elle prévue ou en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de maladies endocriniennes ou métaboliques, de maladies neuropsychiques, neuro-physiologiques, de maladies de l'appareil génito-urinaire, de maladies des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus d'un mois pour raisons médicales au cours des cinq dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous dans les cinq dernières années subi un accident ayant entraîné une intervention médicale ou un arrêt de travail de plus de dix jours ou une hospitalisation de plus de trois jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous subi un dépistage des sérologies virales (VHB, VHC, VIH) ? <i>SI OUI, indiquez le ou lesquels, le résultat du ou des tests et leur date :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Important :

- Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.

- S'il est répondu NON à toutes les questions de 4 à 14, l'affiliation intervient dans les délais normaux. Dans le cas contraire, Humanis Prévoyance peut, au vu des réponses apportées au questionnaire, **demandeur un complément d'information**, notamment par la voie d'un examen médical et fixer le cas échéant des conditions spéciales.

- Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission, ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Sécurité sociale (art. L.932-16 : nullité du contrat, et art. L.932-17 : réduction des indemnités).

Suite au verso →

Précisions en cas de réponse(s) positive(s)

Pour toute réponse positive au questionnaire ci-avant, vous êtes invité(e) à apporter les précisions complémentaires dans cette zone (date, nature exacte, traitement, motifs, évolution).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Déclaration de sincérité

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables, et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision d'Humanis Prévoyance concernant la garantie demandée.

J'autorise Humanis Prévoyance à communiquer ces informations aux services médicaux de ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations me concernant, auprès du Groupe Humanis Satisfaction clients, 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.

Les informations médicales communiquées sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Elles sont, par ailleurs, rigoureusement séparées de mes données administratives.

Fait à.....le.....

Signature
(précédée de la mention "Lu et approuvé") :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Dépendance Conjoint du Salarié ALSTOM

ATTENTION

Ce questionnaire doit être retourné sous enveloppe cachetée jointe portant la mention "Confidentiel" à l'attention du médecin-conseil d' **Humanis - 8 boulevard Vauban 59024 Lille Cedex**

Renseignements obligatoires :**La demande concerne le CONJOINT du salarié****NOM du conjoint** **Prénom**

Date de naissance N° Sécurité sociale

Adresse

NOM du salarié **Prénom**

Date de naissance N° Sécurité sociale

Questionnaire**Oui****Non****1**

Indiquez votre taille : cm ; votre poids : kg

2

Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?

*Indiquez la consommation :***3**

Fumez-vous ?

*Indiquez la consommation :***4**

Avez-vous été dispensé du Service National pour raison médicale ?

5

Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?

6

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande en ce sens est-elle prévue ou en cours ?

7

Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de maladies endocriniennes ou métaboliques, de maladies neuropsychiques, neuro-physiologiques, de maladies de l'appareil génito-urinaire, de maladies des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?

8

Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ?

9

Êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus d'un mois pour raisons médicales au cours des cinq dernières années ?

10

Avez-vous dans les cinq dernières années subi un accident ayant entraîné une intervention médicale ou un arrêt de travail de plus de dix jours ou une hospitalisation de plus de trois jours ?

11

Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ?

12

Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux ?

13

Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ?

14

Avez-vous subi un dépistage des sérologies virales (VHB, VHC, VIH) ?

*SI OUI, indiquez le ou lesquels, le résultat du ou des tests et leur date :***Important :****- Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.****-** S'il est répondu NON à toutes les questions de 4 à 14, l'affiliation intervient dans les délais normaux. Dans le cas contraire, Humanis Prévoyance peut, au vu des réponses apportées au questionnaire, **demandeur un complément d'information**, notamment par la voie d'un examen médical et fixer le cas échéant des conditions spéciales.**-** Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission, ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Sécurité sociale (art. L.932-16 : nullité du contrat, et art. L.932-17 : réduction des indemnités).**Suite au verso →**

Précisions en cas de réponse(s) positive(s)

Pour toute réponse positive au questionnaire ci-avant, vous êtes invité(e) à apporter les précisions complémentaires dans cette zone (date, nature exacte, traitement, motifs, évolution).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Déclaration de sincérité

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables, et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision d'Humanis Prévoyance concernant la garantie demandée.

J'autorise Humanis Prévoyance à communiquer ces informations aux services médicaux de ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations me concernant, auprès du Groupe Humanis Satisfaction clients, 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.

Les informations médicales communiquées sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Elles sont, par ailleurs, rigoureusement séparées de mes données administratives.

Fait à..... le.....

Signature
(précédée de la mention "Lu et approuvé") :