



DÉPENDANCE BANQUE DE FRANCE

Client interlocuteur :

N° 92743.0

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

À retourner au gestionnaire :
APRI PREVOYANCE
TSA 20006
41972 BLOIS Cedex 9

N° de contrat : 0658 Q

N° de client : 92738 C

Contrat d'assurance collective Dépendance à adhésion facultative souscrit par la Banque de France auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à la législation fiscale française. Les prestations d'assistance sont souscrites par CNP Assurances auprès de Filassistance International, assistant. APRI Prévoyance est gestionnaire du contrat.

Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli et signé dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical » à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe doit être adressée à APRI Prévoyance - TSA 20006 - 41972 BLOIS Cedex 9, pour le compte de CNP Assurances.

CANDIDAT À L'ASSURANCE (À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Qualité civile : M Mme Mlle Né(e) le : ____/____/____

Adresse : _____

(Résidence, escalier, n°, rue) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone* : ____/____/____/____/____

Mail* : _____@_____

* Mentions facultatives

RÉPONDEZ OUI OU NON EN COCHANT LA CASE CORRESPONDANTE

• Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ? OUI NON

• Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ? OUI NON

• Avez-vous :

- perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou en êtes-vous actuellement bénéficiaire ou votre état d'invalidité est-il en cours de reconnaissance ? OUI NON

- bénéficié d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ou en bénéficiez-vous ou avez-vous une demande en cours ? OUI NON

- bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ou en bénéficiez-vous actuellement ou avez-vous une demande en cours ? OUI NON

• Avez-vous au cours des 5 dernières années :

- été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs ? OUI NON

- été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? OUI NON

- suivi un traitement médicamenteux (hors contraception et homéopathie) d'une durée supérieure à 1 mois ? OUI NON

- été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ? OUI NON

N.B. : Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire de santé ci-joint.

DÉCLARATIONS

• Je déclare sur l'honneur avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'entrée dans l'assurance.

• Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des Assurances).

• J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'assureur qui en est responsable. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.

• Dans le cas où je fais le choix de ne pas transmettre au gestionnaire APRI Prévoyance les données relatives à ma santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CNP Assurances, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur et son délégataire, dans le respect du secret professionnel. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à ma santé que je peux exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du candidat à l'assurance (précédée de la mention "lu et approuvé")



DÉPENDANCE BANQUE DE FRANCE

Client interlocuteur :
N° 92743.0

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

N° de contrat : 0658 Q

N° de client : 92738 C

À retourner au gestionnaire :
APRI PREVOYANCE
TSA 20006
41972 BLOIS Cedex 9

Contrat d'assurance collective Dépendance à adhésion facultative souscrit par la Banque de France auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à la législation fiscale française. Les prestations d'assistance sont souscrites par CNP Assurances auprès de Filassistance International, assistant. APRI Prévoyance est gestionnaire du contrat.

Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli et signé dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical » à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe doit être adressée à APRI Prévoyance - TSA 20006 - 41972 BLOIS Cedex 9, pour le compte de CNP Assurances.

CANDIDAT À L'ASSURANCE (À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Qualité civile : M Mme Mlle Né(e) le : ____/____/____

Adresse : _____

(Résidence, escalier, n°, rue) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone* : ____/____/____/____/____

Mail* : _____ @ _____

* Mentions facultatives

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

1	Indiquez : Taille : _____ cm	Poids : _____ kg			
2	Si vous portez des verres correcteurs : - quel est votre degré de vision avant correction ? - quel est votre degré de vision après correction ? - ou quelle est votre correction (en dioptries) ?	œil droit _____/10° œil droit _____/10° œil droit _____ dioptries	œil gauche _____/10° œil gauche _____/10° œil gauche _____ dioptries		
Répondez OUI ou NON dans chaque case. Si OUI, complétez.					
3	Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ?		Précisez la structure : _____ Depuis quand ? _____		
4	Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ?		Depuis quand ? _____		
5	Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité, d'une maladie chronique, d'affections récidivantes et/ou présentez-vous des séquelles d'accident, un handicap congénital ?		Précisez : _____ Depuis quand ? _____		
6	Êtes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? (joindre justificatif)		Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Taux : _____		
7	Avez-vous été hospitalisé(e) au cours de votre existence en service de :		Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?
	- cardiologie ?				
	- pneumologie ?				
	- neurologie ?				
	- neuropsychiatrie ou pour dépression nerveuse ou autres troubles nerveux ?				
	- rhumatologie ?				
	- chirurgie ?				
8	Avez-vous eu au cours de votre existence :		Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?
	- un traitement par radiation, ou cobalt et/ou chimiothérapie ?				
	- une transfusion sanguine ?				
	- d'autres traitements (d'une durée supérieure à 1 mois) ?				

9	Consultez-vous régulièrement votre médecin et/ou suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ? Joindre copie de vos dernières ordonnances.	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Nature du traitement : _____
10	Allez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement, subir des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Lequel(s) ? _____
ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ ATTEINT(E) CES 10 DERNIÈRES ANNÉES :		
11	D'une affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, malformation...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
12	D'une affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
13	D'une affection neurologique (Parkinson, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
14	D'une affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire, confusion, désorientation, troubles de la parole...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
15	D'une affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose de hanche, arthrose des genoux, rhumatismes, troubles de la marche...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
16	D'une affection des organes des sens (troubles de l'audition, vertiges, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie...)?	Laquelle ? _____ Date d'apparition : _____ Date et nature du traitement : _____ Date et nature de l'intervention chirurgicale éventuelle : _____
17	D'autres affections (digestive, urinaire, rénale, hormonale, cutanée, déficience immunitaire...)?	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
N.B. : Vous pouvez compléter votre dossier en joignant à ce questionnaire toutes copies de documents se rapportant à votre santé (comptes rendus d'hospitalisation, d'opération, résultats d'exams médicaux, ordonnances...)		

DÉCLARATIONS

- Je déclare sur l'honneur avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'entrée dans l'assurance.
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des Assurances).
- J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'assureur qui en est responsable. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.
- Dans le cas où je fais le choix de ne pas transmettre au gestionnaire APRI Prévoyance les données relatives à ma santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CNP Assurances, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur et son délégataire, dans le respect du secret professionnel. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à ma santé que je peux exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du candidat à l'assurance (précédée de la mention "lu et approuvé")