Demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance

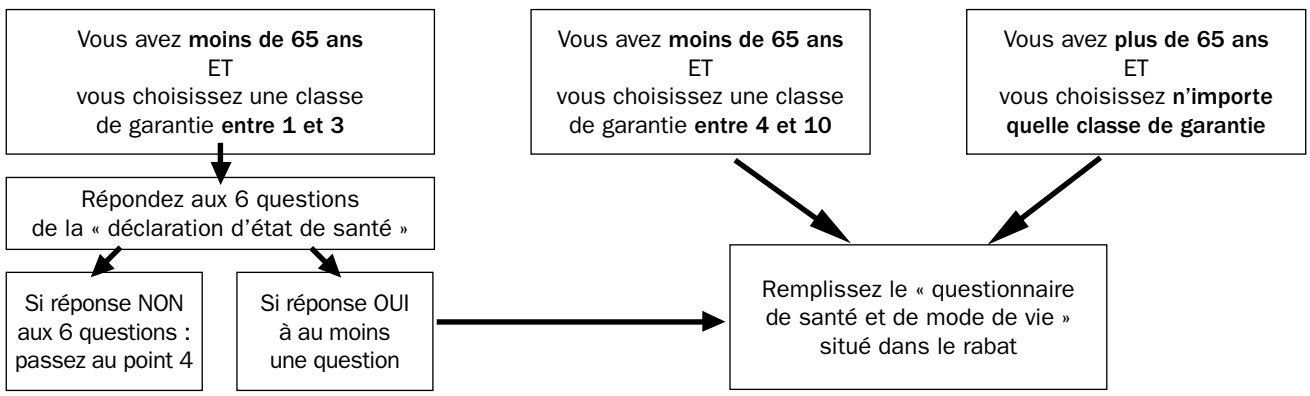
Pour adhérer

1 - Prenez connaissance de la notice ci-jointe.

2 - Comment compléter votre demande d'adhésion :

- Complétez la partie « Informations préalables sur l'Adhérent - Personne morale » : il s'agit de l'entreprise, du Comité d'Entreprise ou de l'Association qui met ce contrat à votre disposition
- Si vous bénéficiez en tant que **salarié** ou **ancien salarié**, d'un contrat dépendance AXA Entreprises, joignez une copie du dernier bulletin de salaire
- Si vous adhérez en tant qu'**ayant droit d'un salarié** (conjoint, parent, beau-parent du salarié…), indiquez les nom et prénom du salarié concerné et la nature du lien qui vous lie avec celui-ci (il doit être conforme à la définition retenue dans l'avenant d'adhésion de l'entreprise)
- Si vous adhérez simultanément **en couple**, remplissez chacun votre demande d'adhésion complète et notez le nom de votre conjoint afin de bénéficier de la réduction tarifaire « couple »
- N'oubliez pas de choisir votre **formule (1 ou 2)** et votre **classe de garantie (de 1 à 10)**

3 - En fonction de votre âge et de votre classe de garantie, suivez les formalités ci-dessous :



4 - Adressez vos documents d'adhésion à l'aide de l'enveloppe jointe pour protéger vos données confidentielles :

- demande d'adhésion (datée et signée),
- le mandat de prélèvement,
- votre RIB,
- si vous êtes salarié ou ancien salarié, votre bulletin de salaire,
- le cas échéant, votre questionnaire de santé et de mode de vie.

Service Dépendance AXA

À l'attention de Monsieur Le Médecin Conseil
5, place du Colonel Fabien
CS 90008
75484 PARIS CEDEX 10

À réception de votre demande

Nous l'étudierons et après acceptation, nous vous adresserons votre certificat d'adhésion dans les meilleurs délais.

Nous mettrons en place le prélèvement bancaire automatique mensuel des cotisations avec votre banque.

Si vous avez des questions, téléphonez-nous au 03 44 60 45 10

AXA France Vie : Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - R.C.S. Nanterre 310 499 959 - Siège social : 313, Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex • Entreprise régie par le Code des assurances
Inter Partner Assistance agissant sous la dénomination AXA Assistance : Succursale pour la France - 6, rue André Gide, 92320 Châtillon - R.C.S. Nanterre B 316 139 500 - Ayant son siège social en Belgique, Avenue Louise 166 Boîte Postale 1 - 1050 Bruxelles.

réinventons / notre métier

Mandat de Prélèvement SEPA
Assurances Collectives

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :
- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

Important : Merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

Désignation du créancier

AXA Assurances Collectives
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

Informations du payeur

Identité

Nom, Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

Identification du Mandat

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA Assurances Collectives) :

Type de contrat : Dépendance

Numéro de contrat : 800801

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur www.axa.fr.

Fait à :

Le :

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex – pour toute information me concernant.

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 €. 722 057 460 R.C.S. NANTERRE. TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460 · **AXA France Vie.** S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959 · **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers. Siren 775 699 309. TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309 · **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.** Opérations d'assurances exonérées de TVA – art. 261-C CGI – sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances

Réf. 966481 11 2013 SGI

Demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance

Convention d'assurance N° **800 801** souscrite par l'UGIPS auprès d'AXA France Vie et d'Inter Partner Assistance

UGIPS
Association
5, place du
Colonel Fabien
75010 PARIS

INFORMATIONS PRÉALABLES SUR L'ADHÉRENT - PERSONNE MORALE (Entreprise, Association...)

Merci de compléter en LETTRES CAPITALES.

Nom de l'Adhérent - Personne morale ..... Avenant d'adhésion n° .....

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville .....

VOUS (personne à assurer)

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance ☐☐☐☐☐☐☐☐

Si vous avez 65 ans ou plus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville

E-mail ..... Tél. (fixe) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tél. (port.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Je cotise déjà à UGIPS Association au titre d'un autre contrat ou d'une autre garantie

VOTRE LIEN AVEC L'ADHÉRENT

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ Je suis salarié de l'entreprise adhérente .....

☐ Je suis un ancien salarié (indiquer la date de départ .....)

☐ Je suis membre de l'Association adhérente au contrat

☐ L'association propose le règlement groupé des frais d'association (*)

☐ Je suis ayant droit d'un salarié (précisez) ..... Indiquez ses nom et prénom .....

☐ Je souhaite bénéficier de la réduction pour l'adhésion simultanée du conjoint à une même formule : j'indique ses nom et prénom .....

☐ Je bénéficie déjà d'une Garantie Dépendance obligatoire AXA, je note le numéro du contrat .....

VOS GARANTIES

Votre formule : ☐ Formule 1 (dépendance Totale seule) ou ☐ Formule 2 (dépendance Totale et Partielle)

Votre classe de garantie (entre 1 et 10) .....

Si vous choisissez une classe supérieure à 3, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

☐ Je souscris dans le cadre de la loi Madelin (**)

VOTRE DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SIMPLIFIÉE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)

Si vous avez 65 ans ou plus ou si vous choisissez une classe supérieure à 3 ou si vous répondez « oui » à au moins une des questions ci-dessous, veuillez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

	Non	Oui
1) Bénéficiez-vous du remboursement à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou avez-vous fait une demande en ce sens ?	☐	☐
2) Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10 % ou avez-vous fait récemment une demande en ce sens qui soit en cours d'examen ?	☐	☐
3) Avez-vous été atteint au cours des 5 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pour une affection autre qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	☐	☐
4) Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours (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) ?	☐	☐
5) Et/ou devez-vous le faire dans les 12 prochains mois ?	☐	☐
6) Devez-vous subir prochainement des examens médicaux, un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	☐	☐

Si vous avez répondu « oui » à au moins une des questions ci-dessus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie qui est joint à votre demande d'adhésion.

Je reconnais être informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L 113-8 (nullité de l'adhésion) du Code des Assurances, reproduit dans la notice.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales de la convention n° 800 801.

Je déclare adhérer à l'association UGIPS pour laquelle je m'engage à payer chaque année la cotisation (d'un montant de 6 euros au 01/01/2013).

(*) Je demande que ma cotisation à l'Association Adhérente (d'un montant de ..... €) au 01/01/2013 soit prélevée avec ma cotisation UGIPS.

(**) J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurance obligatoires, je peux donc bénéficier des avantages liés à la Loi Madelin.

J'autorise AXA France Vie et IPA, responsables du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon contrat, à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de mon contrat.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex. Je demande à AXA France Vie de prélever chaque mois ma cotisation totale sur mon compte bancaire indiqué sur le mandat de prélèvement dûment complété en accompagnement de ma demande d'adhésion.

Date :

Signature de la personne à assurer
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Exemplaire Assureur

Réf. 966481 11 2013 SGI

Demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance

Convention d'assurance N° **800 801** souscrite par l'UGIPS auprès d'AXA France Vie et d'Inter Partner Assistance

UGIPS
Association
5, place du
Colonel Fabien
75010 PARIS

INFORMATIONS PRÉALABLES SUR L'ADHÉRENT - PERSONNE MORALE (Entreprise, Association...)

Merci de compléter en LETTRES CAPITALES.

Nom de l'Adhérent - Personne morale ..... Avenant d'adhésion n° .....

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville .....

VOUS (personne à assurer)

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance ☐☐☐☐☐☐☐☐

Si vous avez 65 ans ou plus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville

E-mail ..... Tél. (fixe) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tél. (port.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Je cotise déjà à UGIPS Association au titre d'un autre contrat ou d'une autre garantie

VOTRE LIEN AVEC L'ADHÉRENT

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ Je suis salarié de l'entreprise adhérente .....

☐ Je suis un ancien salarié (indiquer la date de départ .....)

☐ Je suis membre de l'Association adhérente au contrat

☐ L'association propose le règlement groupé des frais d'association (*)

☐ Je suis ayant droit d'un salarié (précisez) ..... Indiquez ses nom et prénom .....

☐ Je souhaite bénéficier de la réduction pour l'adhésion simultanée du conjoint à une même formule : j'indique ses nom et prénom .....

☐ Je bénéficie déjà d'une Garantie Dépendance obligatoire AXA, je note le numéro du contrat .....

VOS GARANTIES

Votre formule : ☐ Formule 1 (dépendance Totale seule) ou ☐ Formule 2 (dépendance Totale et Partielle)

Votre classe de garantie (entre 1 et 10) .....

Si vous choisissez une classe supérieure à 3, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

☐ Je souscris dans le cadre de la loi Madelin (**)

VOTRE DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SIMPLIFIÉE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)

Si vous avez 65 ans ou plus ou si vous choisissez une classe supérieure à 3 ou si vous répondez « oui » à au moins une des questions ci-dessous, veuillez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

	Non	Oui
1) Bénéficiez-vous du remboursement à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou avez-vous fait une demande en ce sens ?	☐	☐
2) Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10 % ou avez-vous fait récemment une demande en ce sens qui soit en cours d'examen ?	☐	☐
3) Avez-vous été atteint au cours des 5 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pour une affection autre qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	☐	☐
4) Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours (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) ?	☐	☐
5) Et/ou devez-vous le faire dans les 12 prochains mois ?	☐	☐
6) Devez-vous subir prochainement des examens médicaux, un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	☐	☐

Si vous avez répondu « oui » à au moins une des questions ci-dessus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie qui est joint à votre demande d'adhésion.

Je reconnais être informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L 113-8 (nullité de l'adhésion) du Code des Assurances, reproduit dans la notice.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales de la convention n° 800 801.

Je déclare adhérer à l'association UGIPS pour laquelle je m'engage à payer chaque année la cotisation (d'un montant de 6 euros au 01/01/2013).

(*) Je demande que ma cotisation à l'Association Adhérente (d'un montant de ..... €) au 01/01/2013 soit prélevée avec ma cotisation UGIPS.

(**) J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurance obligatoires, je peux donc bénéficier des avantages liés à la Loi Madelin.

J'autorise AXA France Vie et IPA, responsables du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon contrat, à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de mon contrat.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex. Je demande à AXA France Vie de prélever chaque mois ma cotisation totale sur mon compte bancaire indiqué sur le mandat de prélèvement dûment complété en accompagnement de ma demande d'adhésion.

Date :

Signature de la personne à assurer
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Exemplaire Intermédiaire

Réf. 966481 11 2013 SGI

Demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance

Convention d'assurance N° **800 801** souscrite par l'UGIPS auprès d'AXA France Vie et d'Inter Partner Assistance

UGIPS
Association
5, place du
Colonel Fabien
75010 PARIS

INFORMATIONS PRÉALABLES SUR L'ADHÉRENT - PERSONNE MORALE (Entreprise, Association...)

Merci de compléter en LETTRES CAPITALES.

Nom de l'Adhérent - Personne morale ..... Avenant d'adhésion n° .....

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville .....

VOUS (personne à assurer)

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance ☐☐☐☐☐☐☐☐

Si vous avez 65 ans ou plus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville

E-mail ..... Tél. (fixe) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tél. (port.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Je cotise déjà à UGIPS Association au titre d'un autre contrat ou d'une autre garantie

VOTRE LIEN AVEC L'ADHÉRENT

Pour vous aider à remplir cette rubrique, reportez-vous à l'aide ci-contre « Pour adhérer ».

☐ Je suis salarié de l'entreprise adhérente ..... ☐ Je suis un ancien salarié (indiquer la date de départ .....)

☐ Je suis membre de l'Association adhérente au contrat ☐ L'association propose le règlement groupé des frais d'association (*)

☐ Je suis ayant droit d'un salarié (précisez) ..... Indiquez ses nom et prénom .....

☐ Je souhaite bénéficier de la réduction pour l'adhésion simultanée du conjoint à une même formule : j'indique ses nom et prénom .....

☐ Je bénéficie déjà d'une Garantie Dépendance obligatoire AXA, je note le numéro du contrat .....

VOS GARANTIES

Votre formule : ☐ Formule 1 (dépendance Totale seule) ou ☐ Formule 2 (dépendance Totale et Partielle)

Votre classe de garantie (entre 1 et 10) .....

Si vous choisissez une classe supérieure à 3, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

☐ Je souscris dans le cadre de la loi Madelin (**)

VOTRE DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SIMPLIFIÉE (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)

Si vous avez 65 ans ou plus ou si vous choisissez une classe supérieure à 3 ou si vous répondez « oui » à au moins une des questions ci-dessous, veuillez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie.

	Non	Oui
1) Bénéficiez-vous du remboursement à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou avez-vous fait une demande en ce sens ?	☐	☐
2) Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10 % ou avez-vous fait récemment une demande en ce sens qui soit en cours d'examen ?	☐	☐
3) Avez-vous été atteint au cours des 5 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) pour une affection autre qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	☐	☐
4) Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours (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) ?	☐	☐
5) Et/ou devez-vous le faire dans les 12 prochains mois ?	☐	☐
6) Devez-vous subir prochainement des examens médicaux, un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	☐	☐

Si vous avez répondu « oui » à au moins une des questions ci-dessus, vous devez compléter le questionnaire de santé et de mode de vie qui est joint à votre demande d'adhésion.

Je reconnais être informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L 113-8 (nullité de l'adhésion) du Code des Assurances, reproduit dans la notice.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales de la convention n° 800 801.

Je déclare adhérer à l'association UGIPS pour laquelle je m'engage à payer chaque année la cotisation (d'un montant de 6 euros au 01/01/2013).

(*) Je demande que ma cotisation à l'Association Adhérente (d'un montant de ..... €) au 01/01/2013 soit prélevée avec ma cotisation UGIPS.

(**) J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurance obligatoires, je peux donc bénéficier des avantages liés à la Loi Madelin.

J'autorise AXA France Vie et IPA, responsables du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon contrat, à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de mon contrat.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex. Je demande à AXA France Vie de prélever chaque mois ma cotisation totale sur mon compte bancaire indiqué sur le mandat de prélèvement dûment complété en accompagnement de ma demande d'adhésion.

Date :

Signature de la personne à assurer

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Exemplaire Assuré

Réf. 966481 11 2013 SGI

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET DE MODE DE VIE

À renseigner par le postulant à l'assurance de la façon la plus exacte possible.

NOM _____ PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous pourrez transmettre ce questionnaire dûment renseigné avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur à l'aide d'une enveloppe, portant la mention « confidentiel », et à l'adresse suivante, **Service Dépendance AXA - À l'attention du médecin conseil - 5, place du Colonel Fabien - CS90008 - 75484 Paris Cedex 10**. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.). Le médecin conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

À compléter : **Taille (hauteur)** ____ **cm** **Poids** ____ **kg** **La pression artérielle :** ___/___ **Traitée** ☐ **non traitée** ☐	**Répondre OUI ou NON**	**En cas de réponse positive, donner les précisions demandées. Vous pouvez compléter vos indications sur papier libre, daté et signé.**
1 – Êtes vous atteint(e) d'une maladie des vaisseaux et du cœur (hypertension artérielle, artérite, infarctus du myocarde, angine de poitrine, trouble du rythme, malformation, accident vasculaire cérébral) ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
2 – Êtes-vous atteint(e) d'une affection des os ou des articulations (épaule, genoux, hanches, colonne vertébrale, bassin, rhumatismes, troubles de la marche) ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
3 – Êtes-vous atteint(e) d'une affection métabolique (maladies du métabolisme des glucides, maladies du métabolisme des lipides, maladies du métabolisme des protides, maladies du métabolisme des métaux, maladies des mitochondries, maladies lysosomales) ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
4 – Êtes-vous atteint(e) d'une affection des organes des sens (troubles de la vision, glaucome, cataracte, rétinopathie, dégénérescence maculaire, troubles de l'audition, vertiges) ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
5 – Êtes vous atteint d'une affection musculaire ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
6 – Avez-vous des troubles de la mémoire ?	_____	Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
7 – Avez-vous subi un traitement pour troubles neurologiques (en particulier hémiplégie, névralgies, dépression nerveuse, sclérose en plaques, parkinson, paraplégie) ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
8 – Avez-vous subi un traitement pour troubles psychiatriques ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____
9 – Suivez-vous un traitement médical pour une affection autre que : maladie des vaisseaux et/ou du cœur, une affection des os ou des articulations, une affection métabolique, une affection des organes des sens, une affection musculaire, des troubles de la mémoire, des troubles neurologiques ou des troubles psychiatriques ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____ Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____

10 – Avez-vous suivi ces 10 dernières années un traitement médical pendant plus de trois mois ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ Depuis quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_| Préciser le nom des médicaments et la durée du traitement _____ _____
11 – Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ?	_____	Pour quels motifs ? _____ _____ À quelles dates ? |_|_|_|_|_|_|_|_| Durée ? |_|_|_|_|_|_|_|_|
12 – Avez-vous été informé que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : a - subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? b - être hospitalisé ? c - suivre un traitement médical ? d - subir une intervention chirurgicale ?	 _____ _____ _____ _____	Pour quels motifs ? _____ _____ À quelles dates ? |_|_|_|_|_|_|_|_|
13 – Avez-vous connaissance d'autres informations ou éléments particuliers concernant votre état de santé qui n'ont pas été évoqués dans ce questionnaire ?	_____	Lequel ? _____ _____
14 – Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé, ou avez-vous fait une demande en ce sens ?	_____	Pour quelle(s) affection(s) ? _____ _____
15 – Êtes vous sous tutelle ou curatelle ?	_____	
16 – Je suis actuellement entièrement autonome et apte à me livrer seul(e) et sans aide aucune aux actes ordinaires de la vie (me lever et me coucher, me déplacer, m'habiller, me laver, m'alimenter)	_____	Quels sont les problèmes rencontrés ? _____ _____
17 – J'effectue seul(e) ou je suis capable d'effectuer seul(e) les tâches domestiques (courses ménage, entretien du linge, préparation des repas)	_____	Si non, pour quelle(s) raison(s) ? _____ _____
18 – a - J'utilise régulièrement le téléphone ? b - Je gère personnellement mon budget (j'établis mes chèques, je paie mes factures) c - Je rédige moi-même ma déclaration d'impôt d - Je pratique actuellement un ou plusieurs sports e - Je pratique actuellement les sports de l'esprit (bridge, échec, mots croisés....) f - Je vis seul(e) ou isolé(e)	_____ _____ _____ _____ _____ _____	Si non, pour quelle(s) raison(s) ? _____ _____ Si non, pour quelle(s) raison(s) ? _____ Si non, pour quelle(s) raison(s) ? _____ Lequel ? _____ Lequel ? _____

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 113-8 (nullité de l'adhésion) du Code des Assurances reproduit dans la notice.

J'autorise mes assureurs AXA France Vie et IPA, à collecter et à traiter les informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de la passation, de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je déclare être informé(e) que les assureurs, responsables du traitement de mon dossier, peuvent communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'ils pourraient ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon dossier, à leurs 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 Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.**

N'oubliez pas de :

- dater et signer le présent questionnaire de santé et de mode vie,

- de le mettre dans une enveloppe portant la mention « confidentiel » en y joignant votre demande d'adhésion et votre RIB.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Décision et date_____

Nom _____

N° de téléphone_____

Signature

DATE ET SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

Fait à _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature précédée de la mention « lu et approuvé».

Réf. 953866 03 2015 P SGI AXA Solutions Collectives/DTMC

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre • Siège social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprise régie par le Code des assurances INTER PARTNER ASSISTANCE** agissant sous la dénomination **AXA Assistance** succursale France RCS Nanterre 316 139 500 - 6, rue André Gide 92320 Châtillon. SA de droit Belge au capital de 11 702 613 € Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique n° 0487 - RPM Bruxelles 415 591 055. 166 Avenue Louise 1050 Bruxelles, Belgique.