

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR, À METTRE SOUS PLI SCELLÉ ET À JOINDRE À LA DEMANDE D'ADHÉSION

ADRESSE : ASAF & AFPS - À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL

950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Ce questionnaire fait partie intégrante de la demande d'adhésion en Complémentaire santé pour les seules options le nécessitant ou pour la garantie Indemnité Journalière Hospitalisation (hors options 8 euros et 16 euros).

ATTENTION : en cas de réponse positive, indiquez dans le cadre B la nature de l'affection ou de l'hospitalisation, traitement, date, durée, séquelles.

ADHÉRENT (E) :

NOM _____ PRÉNOM _____

A

Nom	_____	_____	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____	_____	_____
Né(e) le	_____	_____	_____	_____	_____
Poids	_____ kg	_____ cm	_____ kg	_____ cm	_____ kg
Taille	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
1) L'un des assurés a-t-il consulté un médecin, dentiste, orthodontiste ou auxiliaire médical deux fois ou plus au cours des deux derniers mois ou suit-il un traitement au long cours ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
2) L'un des assurés est-il pris à 100 % ou a-t-il fait une demande de prise en charge à 100 % par son régime obligatoire ? (sauf maternité)	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
3) Une hospitalisation est-elle prévue ou en cours pour l'un des assurés (sauf maternité) ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>

B

OBSERVATIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ

Précisez, pour toutes réponses "OUI", la (ou les) personne(s) concernée(s), les numéros des questions auxquelles se rapportent les réponses, ainsi que la nature de l'affection, le traitement, etc...

Fait à le

(Signature du demandeur - Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

OFF0027/20180101

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) - Action Familiale de Prévoyance Sociale Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX - AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) - AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances