QUESTIONNAIRE DE SANTE

Pour connaitre les conditions d'éligibilité, les modalités d'application et les pathologies concernées par les dispositifs du Droit à l'oubli et de la Grille de Référence mis en place dans le cadre de la convention AERAS, reportez-vous au Document d'information AERAS annexé à ce questionnaire. Pour plus d'informations, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr. »

NOM : …**QUESTIONNAIRE**…… PRENOM : ….**SANTE**……
PROFESSION EXACTE :…**Account manager**…… DATE DE NAISSANCE : ..**01/01/1987**……..

Indiquez : Votre taille : …… cm Votre poids : …… kg

Répondez par OUI ou par NON à chaque question et complétez les réponses affirmatives.

	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale, pour raison de santé ? *(hors congé légal de maternité et paternité)*	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale, pour raison de santé ? *(hors congés légaux maternité et paternité)*	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
3. Suivez-vous actuellement un traitement médical et/ou des soins et/ou un suivi médical/paramédical ? *(hors contraception ou affections saisonnières telles que grippe, rhume, rhinopharyngite, otite, angine de gorge)*	☐	☐	Le(s)quel(s) ? …… Pourquoi ? ……
4. Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical et/ou des soins et/ou un suivi médical/paramédical pendant plus de 21 jours ? *(hors contraception)*	☐	☐	Quand ? …… Le(s)quel(s) ? …… Pourquoi ? ……
5. Etes-vous ou avez-vous été pris(e) à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au titre d'une Affection de Longue Durée au cours des 10 dernières années ?	☐	☐	Pourquoi ? …… …… Depuis quand ? …….. A quel taux ?.....
6. Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	☐	☐	Pourquoi ? …… …… Depuis quand ? …….. A quel taux ?.....
7. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou plusieurs maladie(s) ou affections suivante(s) : a) Maladie ou affection cardio vasculaire : d'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'une valvulopathie, d'artériopathie, de phlébite, de trouble circulatoire, de thrombose veineuse ?	☐	☐	
b) Maladie ou affection respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, dilatation des bronches ?	☐	☐	Quand ? …… La(es)quelle(s) ? …… Traitement(s) ? …… Durée du ou des traitements ? ……... Durée de ou des arrêts de travail ? ……
c) Maladie endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	☐	☐	

d) Maladie articulaire : d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ?	☐	☐	
e) Maladie digestive : de la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	☐	☐	
f) Maladie neurologique : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer ou démence, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ?	☐	☐	
g) Cancer (dont le protocole thérapeutique est achevé depuis moins de 5 ans) : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ? Si vous avez été atteint(e) d'un cancer, vous bénéficiez sous certaines conditions du droit de ne pas déclarer des antécédents de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le "Droit à l'Oubli" joint à votre demande d'adhésion.	☐	☐	Quand ? …… La(es)quelle(s) ? ……..…… Traitement(s) ? ……..…….. Durée du ou des traitements ? …….... Durée de ou des arrêts de travail ? ……
h) Maladie Urino-rénale ou génitale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, d'une affection de l'appareil génito-urinaire ? D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou d'une affection gynécologique ou uro-génitale ?	☐	☐	
i) Maladie Psychiatrique : de troubles obsessionnels compulsifs de troubles alimentaires, de tentatives de suicide, burn out, de dépression, troubles bipolaires ?	☐	☐	
j) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ?	☐	☐	
k) Ophtalmologique : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire ?	☐	☐	
l) ORL : D'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière ?	☐	☐	

m) D'une hépatite, d'anémie, de trouble de la coagulation ou hématologique ?	☐	☐	
n) D'une maladie infectieuse, virale, parasitaire ou de paludisme ?	☐	☐	Quand ? …… La(es)quelle(s) ? …… Traitement(s) ? …… Durée du ou des traitements ? …… Durée de ou des arrêts de travail ? ……
o) D'une maladie auto-immune ?	☐	☐	
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé (y compris moins de 24 heures) ou subi une intervention chirurgicale ? *(hors appendicite, végétations, vésicule biliaire, dents de sagesse, accouchement)*	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens biologiques, cardiologiques ou d'imagerie médicale (ECG, échographie, scanner, artériographie, doppler, IRM, endoscopie, coloscopie, mammographie), un enregistrement polysomnographique, des épreuves fonctionnelles respiratoires) dont le résultat s'est avéré hors normes ?	☐	☐	Lequel ? …… Quand ? ……
10. Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) (y compris en ambulatoire) ou subir une intervention chirurgicale ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ? *(hors bilans de routine systématique ex: mammographie, PSA, visite médicale générale)*	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
11. Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années d'une des affections suivantes : a) Lombalgie, lombo-sciatique, douleurs cervicales ou dorsales ou lombaires, mal de dos, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, arthrose cervicale ou dorsale ou lombaire ?	☐	☐	Quand ? …… La(es)quelle(s) ? …… Traitement(s) ? …… Durée du ou des traitements ? …… Durée de ou des arrêts de travail ? ……
b) Fatigue, surmenage, stress, anxiété, dépression, burn-out, troubles bipolaires, névrose, psychose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	☐	☐	Quand ? …… La(es)quelle(s) ? …… Traitement(s) ? …… Durée du ou des traitements ? …… Durée de ou des arrêts de travail ? ……

Je certifie exactes, complètes et sincères les réponses données ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence, toute fausse déclaration, entraîneraient la nullité de l'assurance conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

Fait à : …….. le …….. (signature précédée de la mention « lu et approuvé »)