QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE

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. 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, hémorroïdes)*	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une maladie ou symptôme ayant nécessité une surveillance ou consultation médicale (médecin généraliste ou spécialiste)	☐	☐	Quand ? …… Pourquoi ? ……
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens biologiques, d'imagerie médicale (ECG, échographie, scanner, artériographie, doppler, IRM, endoscopie, coloscopie, mammographie) dont les résultats se sont avérés hors normes ?	☐	☐	Lequel ? …… Quand ? ……
9. 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 ? ……

10. 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 »)