

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Contrat : _____

Souscripteur : _____

IMPORTANT

Répondez à toutes les questions par oui ou par non. Si vous répondez positivement à une ou plusieurs questions, veuillez nous donner des précisions complémentaires (date, motif, suite ou séquelle ...) accompagnées des pièces justificatives et adressez ces documents sous enveloppe fermée avec la mention « à l'attention de la Commission Médicale ».

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
Nom Prénom Sexe Date de naissance Taille / poids / tension artérielle					
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Depuis quelle date ? Pour quel motif ?					
2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous interrompu vos activités plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ? A quelle(s) date(s) ? Pour quelle(s) durée(s) Pour quels motifs ? Avez-vous des séquelles ?					
3 - Suivez-vous actuellement un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ? Lequel ? Pour quel motif ? Depuis quelle date ? Quels ont été les médicaments prescrits ?					
4 - Avez-vous suivi au cours des 10 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ? Lequel ? Pour quel motif ? Depuis quelle date ? Quels ont été les médicaments prescrits ?					
5 - Avez-vous séjourné au cours des 10 dernières années dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique, etc.) ? A quelles dates ? Pour quelles durées ? Pour quel motif ?					

6 - Devez-vous subir une intervention chirurgicale ? A quelle date ? Pour quel motif ?					
7 - Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ? Laquelle ? Depuis quelle date ? Taux de pension ? Servie par ...					
8 - Avez-vous une ou plusieurs des maladies suivantes : 1. maladie cardio-vasculaire 2. hypertension artérielle 3. diabète 4. maladie pulmonaire 5. maladie des voies respiratoires 6. rhumatismes ostéo-articulaires 7. dépression nerveuse 8. maladie de la peau 9. affection avec perte totale de vision d'un oeil 10. stérilité 11. autres maladies (précisez)					
9 - Si vous avez consulté un dentiste ou stomatologiste dans les 12 derniers mois, quelles en sont les raisons ? 1. consultation de routine 2. caries 3. prothèses 4. orthodontie 5. gencives 6. esthétique 7. autres (précisez)					
10 - Votre dentiste vous a t'il conseillé d'entreprendre des soins dentaires ou des travaux de prothèses dentaires ?					
11 – Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour - plus de 2 verres de vin ou équivalent par jour ?					

Je certifie, complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs. Et, je m'engage à fournir à la Commission Médicale de GMC Services (Unité de Gestion 18 – APREX), tous les renseignements médicaux dont GMC Services aura besoin.

Conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance.

Fait à

le

Signature :

Association de Prévoyance et de Retraite des Expatriés

41, rue du Chablais
74100 Annemasse
Tél. +33 4 50 95 50 30
Fax +33 4 50 38 42 98
aprex@aprex.org

GMC Services Unité de Gestion 18 - APREX

25, rue Chaptal
75009 Paris
Tél. +33 1 40 82 43 99
Fax +33 1 53 25 20 83
aprex@henner.com