

Health Questionnaire

STRICTLY CONFIDENTIAL – FOR USE BY THE MEDICAL SERVICE ONLY

Surname :

First Names :

Membership N° :

The following questions which you are asked to answer must be sent to the Institute of Life Insurance according to the following conditions :

➔ **Whatever the responses given in this questionnaire, you can send it (in the enclosed secure delivery confidential envelope) to the “Médecin-Conseil du Service Médical”.**

If, amongst the answers you have given, at least one concerns an illness from which you suffer or have suffered in the past, or the after effects of a previous accident, or concern a current course of treatment, you are formally invited to send this questionnaire (in the enclosed confidential envelope) to the “Médecin-conseil du Service Médical.”

➔ **If you believe that the provided responses do not require a high level of confidentiality, you can send the questionnaire directly to the Administrative Service with the other documents relevant to your contract.**

In this case, you can include the questionnaire with the other documents relevant to your contract in the envelope addressed to the “Service de Gestion”.

IMPORTANT :

- **You must respond to every question** (tick the corresponding ☐)
- **A line or leaving a blank is not a response** (write « N/A » if the question does not apply to you)

INFORMATION CONCERNING YOUR LICENCE

➔ **Are you on active service, without reduction of hours for health reasons ?** Yes ☐ No ☐

If No, specify the medical reason for the cessation of work : _____

Are you affiliated with the C.R.P.N. ? Yes ☐ No ☐

Which category of medical test have you undergone for your licence ? _____

Is it a French Licence? If other, please specify : _____

Before your admission, were you ever refused by C.E.M.P.N or another medical authority due to a medical exam ?
Yes ☐ No ☐

If Yes, for what reason ? : _____ At what date ? _____

Address of the C.E.M.P.N or medical authority who provides your medical examinations : _____

➔ **Are you currently insured or have you already been insured for Loss of Licence ?** Yes ☐ No ☐

If Yes : Insured Capital in case of Definitive LOL for Medical reasons : _____ € Insurer : _____

Reason and Date of Cancellation : _____

Were you accepted for this risk with an additional premium, adjournments or exclusions ? Yes ☐ No ☐

If Yes : Date : _____ Reason : _____

➔ **Since obtaining your licence, have any of the following occurred :**

A – one or many suspensions for medical reasons by the C.E.M.P.N or another medical licence issuing authority ? Yes ☐ No ☐

If Yes, for what reason ? : _____ At what date ? _____

Questionnaire de Santé

Personnel Navigant

DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL DESTINE AU SERVICE MEDICAL

Nom de naissance :

Prénoms :

N° Adhérent :

Les questions auxquelles il vous est demandé de répondre ci-dessous doivent être transmises à l'Institut de Prévoyance dans les conditions suivantes :

➔ **Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe, ceci étant une procédure de transmission sécurisée) au Médecin-conseil du Service Médical.**

Si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil du Service Médical.

➔ **Si vous estimez que les réponses fournies n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez remettre le Questionnaire directement au Service Administratif avec les documents destinés à votre Contrat.**

Dans ce cas, vous incluez le Questionnaire avec les autres documents nécessaires à la souscription de votre Contrat, dans l'enveloppe adressée au Service de Gestion.

IMPORTANT :

- **une réponse devra être apportée à l'ensemble des questions posées** (cochez le ☐ correspondant)
- **un trait ou un blanc ne constitue pas une réponse** (indiquer « NEANT » lorsque c'est le cas)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE LICENCE

➔ **Etes-vous en activité de service, sans réduction d'horaires pour raison de santé ?** Oui ☐ Non ☐

Si NON, motif médical de l'arrêt de travail : _____

Etes-vous affilié à la C.R.P.N. ? Oui ☐ Non ☐

De quel brevet d'aptitude médicale êtes-vous titulaire ? _____

S'agit-il d'une Licence Française ou autre ? _____

Avant votre admission, avez-vous fait l'objet d'un refus d'un C.E.M.P.N ou d'un Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI, pour quel motif ? : _____ A quelle date ? _____

Adresse de ce C.E.M.P.N ou du Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale : _____

➔ **Etes-vous actuellement assuré(e) ou avez-vous déjà été assuré(e) en Perte de Licence ?** Oui ☐ Non ☐

Si OUI : Capital garanti en Inaptitude définitive médicale : _____ € Organisme Assureur : _____

Motif et date de cessation : _____

Avez vous été accepté(e) pour ce risque avec surprime, ajourné(e), ou avec exclusion ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI : Date : _____ Motif : _____

➔ **Avez vous eu depuis l'obtention de votre licence :**

A – une ou plusieurs suspensions d'aptitude médicale par un C.E.M.P.N ou d'un Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI, pour quel motif ? : _____ A quelle date ? _____

Address of the C.E.M.P.N or medical authority who provides your medical examinations : _____

B – one or many Special Dispensations ?

Yes ☐ No ☐

If Yes, for what reason ? _____ At what date ? _____

Address of the C.E.M.P.N or medical authority who provides your medical examinations : _____

C – one or many limitation of validity ?

Yes ☐ No ☐

If yes, for what reason ? _____ At what date ? _____

Address of the C.E.M.P.N or medical authority who provides your medical examinations : _____

MEDICAL INFORMATION

1) What is : your weight ? : _____ your height ? : _____ your blood pressure ? : _____

On a daily basis, how much do you :

SMOKE ? : _____ DRINK ALCOHOL ? : _____

2) Do you benefit from an invalidity pension ?

Yes ☐ No ☐

If yes, which :
☐ Illness category : _____ since : _____
☐ Military rate : _____ since : _____
☐ Accident at Work rate : _____ since : _____

Reason : _____

3) Are you currently on a Cessation of Work, are you following a course of medical treatment, are you subject to medical observation or a diet ?

Yes ☐ No ☐

If yes, reason, nature, since, duration _____

Reason, nature, since, duration _____

4) Do you currently have an illness or are you suffering the after effects of an illness or accident, or a congenital or hereditary condition ?

Yes ☐ No ☐

If yes, nature, diagnosis, since _____

5) During the last three months or in the next three months, have you or will you be subject to a medical examination, hospitalisation or an surgical intervention ?

Yes ☐ No ☐

If yes, period, reason, nature _____

Period, reason, nature _____

**6) Have you have a cessation of work for an accident or illness ?
(including hydrotherapeutic cure)**

Yes ☐ No ☐

A - If yes, specify the cessations of 30 days or more during the last three years :

Date(s), duration(s), reason(s) :

B - If yes, specify the cessations of work of less than 30 days (taken on one or more occasions) during the last 12 months :

Date(s), duration(s), reason(s) :

Adresse de ce C.E.M.P.N. ou d'un Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale : _____

B – une ou plusieurs dérogations particulières ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, pour quel motif ? _____ A quelle date ? _____

Adresse de ce C.E.M.P.N. ou d'un Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale : _____

C – une ou plusieurs limitations de validité ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, pour quel motif ? _____ A quelle date ? _____

Adresse de ce C.E.M.P.N. ou d'un Service Médical renouvelant l'Aptitude Médicale : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1) Quels sont : votre poids ? : _____ votre taille ? : _____ votre tension artérielle ? : _____

Quelles sont vos habitudes (consommation journalière) en matière :

de TABAC ? : _____ d'ALCOOL ? : _____

2) Bénéficiez vous d'une rente ou d'une pension d'invalidité ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, laquelle : ☐ Maladie catégorie : _____ depuis quand : _____
☐ Militaire taux : _____ depuis quand : _____
☐ Accident du Travail taux : _____ depuis quand : _____

Motif : _____

3) Etes vous actuellement en arrêt de travail ou suivez vous un traitement médical ou êtes vous soumis à une surveillance médicale ou un régime ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, motif, nature, depuis quelle date, durée _____

Motif, nature, depuis quelle date, durée _____

4) Présentez vous actuellement une maladie, des suites ou séquelles de maladie ou d'accident ou bien une affection congénitale ou héréditaire ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, nature, diagnostic, depuis quelle date _____

5) Vous a t-on prescrit au cours des 3 derniers mois ou devez-vous subir dans les 3 mois à venir des examens médicaux ou une hospitalisation ou une intervention chirurgicale? :

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, période, motif, nature _____

Période, motif, nature _____

6) Avez vous été en arrêt de travail pour accidents ou maladies ? (y compris les Cures Thermales)

Oui ☐ Non ☐

A - Si OUI, indiquez les arrêts de 30 jours et plus durant les 3 dernières années :

Date(s), durée(s), motif(s) : _____

B - Si OUI, indiquez les arrêts de moins de 30 jours (en 1 ou plusieurs fois) durant les 12 derniers mois :

Date(s), durée(s), motif(s) : _____

7) Have you ever had, been treated for or do you currently have :

A - disorders of the spine? (back pain, sciatica, herniated disc, other)

Yes ☐ No ☐

If yes, nature, date(s), duration(s), report(s) and date(s) of any x-rays performed : _____

B - otolaryngology disorders ? (otitis, sinusitis, other)

Yes ☐ No ☐

If yes, reason, number of days and the date of the cessation of work : _____

Reason, number of days and the date of the cessation of work: _____

Reason, number of days and the date of the cessation of work : _____

C - hearing disorders ?

Yes ☐ No ☐

In the case of an abnormal audiogram result, give the date and result of the last test : _____

D - disorders of vision ?

Yes ☐ No ☐

If yes, please give details : _____

Do you wear prescription glasses or contact lenses ?:

Yes ☐ No ☐

Give the acuity **BEFORE** correction : RE : _____ LE : _____ **AFTER** correction : RE : _____ LE : _____

E – disorders of the psyche ? (anxiety, depression, nervous breakdown, other)

Yes ☐ No ☐

If yes, nature, date(s), duration(s)

8) During the last 10 years, have you been subject to any surgical intervention ?

Yes ☐ No ☐

If yes, date(s), reason(s), follow ups : _____

9) During the last 10 years, have you had an abnormal blood test result (diabetes, cholesterol, HIV positive, hepatitis, etc) ?

Yes ☐ No ☐

If yes, specify which and the date : _____

Please enclose the last relevant check up record.

10) During the last 10 years, have you stayed in a hospital establishment (hospital, clinic, nursing home, a therapy establishment, psychiatric service) ?

Yes ☐ No ☐

If yes, place(s), date(s), reason(s), follow ups : _____

11) For women, are you pregnant or have you ever had a pregnancy that required special medical scrutiny ?

Yes ☐ No ☐

If yes, reason, at what date : _____

7) Avez vous présenté ou avez vous été traité(e) ou présentez vous actuellement :

A - des troubles de la colonne vertébrale ? (lombalgies, sciatique, hernie discale ou autres) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, nature, date(s), durée(s), compte rendu(s) et date(s) des radiographies pratiquées : _____

B - des troubles O.R.L. ? (otite, sinusite ou autres) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, motif, nombre de jours et dates de l'arrêt : _____

Motif, nombre de jours et dates de l'arrêt : _____

Motif, nombre de jours et dates de l'arrêt : _____

C - des troubles de l'audition ? **Oui** ☐ **Non** ☐

En cas d'audiogramme perturbé, date et résultat du dernier pratiqué : _____

D - des troubles de la vision ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, lesquels ? : _____

Portez-vous des verres correcteurs ou des lentilles ? : **Oui** ☐ **Non** ☐

Indiquez l'acuité **AVANT** correction : OD : _____ OG : _____ **APRES** correction : OD : _____ OG : _____

E - des troubles du psychisme ? (anxiété, dépression, surmenage ou autres) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, nature, date(s), durée(s) _____

8) Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, date(s), motif(s), suites : _____

9) Au cours des 10 dernières années, une analyse de sang a-t-elle révélé un résultat anormal (diabète, cholestérol, séropositivité, hépatite, etc) ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, précisez lequel et à quelle date : _____

Joindre le dernier bilan correspondant.

10) Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, convalescence ou établissement de cure ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, lieu(x), date(s), motif(s), suites : _____

11) Pour les femmes, êtes vous enceinte ou avez vous déjà eu une grossesse ayant justifié une surveillance particulière ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si OUI, motif, pour quelle cause, à quelle date : _____

Declaration and Signature

I hereby certify that the above declarations, which will serve as the basis of this insurance, are accurate, honest and comprehensive.

"I confirm that I have been informed that all reticence or intentional false declaration, omission or inexact declaration of risks that are known to me could result in the application of sanctions as per the articles L932-16 (annulment of guaranties) and L932-17 (retraction of services) of the Social Security Code."

"I will communicate every change of my state of health from the date of engagement of the guaranties. I am aware that the Doctor of the Institution reserves the right to ask me for supplementary medical documents. I consent to the use of the information given above to administer my file and I certify that the answers I have given are, to the best of my knowledge, accurate."

I enclose with this questionnaire one (or more) supporting documents.

Yes ☐

No ☐

Completed at _____ the _____

Signature of the Insured preceded by the mention "Read and Approved"

EXTRACT OF ARTICLE L932-16, SECTION III, BOOK IX OF THE CODE OF SOCIAL SECURITY : "Regardless of the normal reasons for annulation of the insurance, the guarantee provided to the participant by the Life Insurance Provider through membership of a collective contract, or the membership application, or the signed contract, or individual subscription, will be invalidated by any reticence or intentional false declaration on the part of the Insured when this reticence or intentional false declaration changes the nature of the risk or diminishes it in the view of the Insurer, even if the omitted or distorted risk was not influential in the establishment of the original risk.

The premium payments made will be kept by the insurer who is entitled to payment for damages and interest....."

Déclarations et Signature

Je certifie que les déclarations ci-dessus, devant servir de base à l'Assurance, sont exactes, sincères et complètes.

Je reconnais avoir été averti que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte des éléments du risque qui me sont connus entraîne l'application des sanctions prévues aux articles L932-16 (nullité des garanties) et L932-17 (réduction des prestations) du Code de la Sécurité sociale.

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle de prise d'effet des garanties. Je suis conscient que le médecin conseil de l'Institution se réserve le droit de me demander communication de documents médicaux complémentaires. Je consens expressément à ce que les données de santé ci-dessus soient utilisées pour traiter ce dossier et je certifie que les réponses faites ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes».

Je joins à ce questionnaire une(des) annexe(s)

Oui ☐

Non ☐

Fait à _____ le _____

Signature du proposant précédée de la mention « Lu et Approuvé »

EXTRAIT DE L'ARTICLE L932-16 du Titre III du livre IX DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au participant par l'institution de prévoyance dans le cadre d'une opération collective à adhésion facultative ou le bulletin d'adhésion ou le contrat signé ou souscrit par un participant dans le cadre d'une opération individuelle sont nuls en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts..... ».