



Questionnaire dépendance 2009

Serenassur

[des solutions] pour les seniors



*L'assurance d'une autonomie
financière préservée*



Madame, Monsieur,

La souscription au contrat Serenassur nécessite des formalités médicales complémentaires, afin de préciser une ou plusieurs des déclarations que vous venez de faire dans le questionnaire de santé.

Ces éléments complémentaires, nous permettront de déterminer si vous pouvez souscrire le contrat Serenassur au tarif indiqué dans la notice soit de vous proposer un montant de cotisation adapté et personnalisé, soit dans certains cas malheureusement nous ne pourrons pas donner une suite favorable à votre demande.

Important

Toutes les rubriques de ce questionnaire dépendance doivent être complétées par votre médecin traitant afin que celui-ci puisse être analysé par un Médecin-Conseil.

Nous vous remercions de détailler vos réponses afin de nous permettre une analyse rapide du dossier de votre patient.

L'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : Prénom :

Cachet de l'assureur-conseil

n° :

Les frais d'examens médicaux que vous engagez seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.

Ils seront également remboursés dans les cas suivants :

- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.

En revanche, les frais resteront à votre charge dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,
- Vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Note d'honoraires

Remboursement à l'assuré

Honoraires dus à M. le Docteur

Adresse :

Précisez le mode de paiement désiré :

Pour l'examen de M. Montant : euros

Le présent questionnaire dépendance ne fera l'objet d'un remboursement par APRIL Assurances que si le proposant a répondu oui à au moins une des questions du questionnaire de santé.

Date, cachet et signature

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

APRIL Assurances

Immeuble Aprilium

114 boulevard Marius Vivier Merle

69439 LYON Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr). Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

n° adhérent :


Questionnaire Dépendance

Ce document confidentiel doit être complété par le médecin traitant avec le concours du proposant. Il devra être retourné par le proposant sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'APRIL Assurances.

Ce questionnaire est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions peut entraîner un refus de la demande d'adhésion au contrat.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Assuré(e) M. Mme Mlle Nom : Prénom :
 (Proposant) Date de naissance :
 N° et Nom de l'Assureur Conseil :

Docteur agissant en qualité de médecin traitant
 de M. depuis le

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.
 Pour toute réponse affirmative, veuillez apporter les précisions complémentaires demandées.**
 Pour accélérer l'étude du dossier, le proposant peut joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.

1 Veuillez indiquer pour le proposant : Sa Taille : cm Sa pression artérielle : /
 Son Poids : kg traitée non traitée

2	Est-ce que le proposant est pris en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande est-elle prévue ou en cours ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? Motif ?
	Est-ce que le proposant bénéficie d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10 % ou une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? Motif ? Taux d'invalidité (précisez à titre civil ou militaire) :

3 Est-ce que le proposant doit subir prochainement des examens médicaux, un traitement médical ou être hospitalisé ?

oui non

Quand ?
Motif(s) ?

4 **Si le proposant n'est pas retraité ou préretraité :**

est-il actuellement en arrêt de travail ?

oui non

Motif :
Date de reprise prévisible ?

Si le proposant était en activité au cours des 5 dernières années :

a-t-il dû interrompre son travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?

oui non

Quand ?
Durée de chaque arrêt ?
Motif ?

9	Le proposant a-t-il besoin de l'aide d'une tierce personne pour :		Précisez :
	• se lever depuis une position assise ou allongée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• se laver ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• s'habiller ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• préparer ses repas ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• s'alimenter ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• se déplacer à l'intérieur de son domicile ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• se déplacer à l'extérieur de son domicile ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	quel est son périmètre de marche ?		Précisez la distance :
	• le proposant vit-il seul ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	• le proposant fait-il ses courses seul ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	• le proposant tient-il ses comptes seul ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
• le proposant a-t-il une activité associative ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
• le proposant pratique-t-il une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

10	Important Avis du Médecin traitant sur l'état de santé du proposant :

Important

Ce questionnaire est impérativement signé par la personne à assurer (ou son représentant légal) ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

Fait à : Date :

Document remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Signature de la personne à assurer (ou de son représentant légal) précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature et cachet du Médecin

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

APRIL Assurances

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances
Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr). Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09



**Merci de joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.
Envoyez-les sous pli confidentiel au Médecin conseil d'APRIL Assurances
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03**

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr



S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL.