

AON



GAN EUROCOURTAGE
Profil de santé

NOM / PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

Adresse :

Raison sociale de l'entreprise : N° DE CONTRAT :

L'Assureur attire votre attention sur l'importance du profil qui doit impérativement être daté, signé et comporter une réponse à toutes les questions, faute de quoi, l'Assureur ne pourrait vous garantir.

Si vous souhaitez confidentialiser ce profil de santé, vous êtes formellement invité à le transmettre avec votre bulletin d'affiliation, sous pli cacheté, « à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur »

0 - Votre taille (en cm) : Votre poids (en kg) :

1 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous :

a) eu un arrêt de travail de plus d'un mois ? non oui Lequel ?
Pour quelle affection ?

b) été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que maternité, qu'appendicectomie, amygdalectomie, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire) ? non oui Lesquelles ?
Pourquoi ?
Dates :

2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour :

a) la colonne vertébrale (exemples : arthrose, hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou une atteinte articulaire et/ou rhumatisme (exemples : hanche, genou, épaule) ? non oui Dates et précisions :

b) des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage) ? non oui Dates et précisions :

c) Une augmentation de sucre dans le sang (diabète) et/ou cholestérol et/ou hypertension artérielle ? non oui Dates et précisions :

3 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre organisme social de base (Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole...) ? non oui Pour quelle raison ?
Date d'attribution de la première exonération :
Est-elle toujours en cours ?

4 - Êtes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail ? non oui Pour quelle raison ?
Depuis quelle date ?
Date prévue de reprise de travail :

5 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ? non oui Lequel ?
Pourquoi ?

6 - Dans les 6 prochains mois, devez-vous consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? non oui Dates :
Nature des examens :
Type d'intervention :

7 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu :

a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ? non oui Précisez :
Dates :

b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie...) ? non oui Précisez :
Dates :
Résultats : (les joindre si possible en communication)

8 - Avez-vous une infirmité, un handicap ou une invalidité d'un taux supérieur à 15 % ouvrant droit à pension ? non oui Précisez :
Date :

Taux d'invalidité :

A quel titre : Sécurité sociale Accident du travail

autre (précisez) :

« J'autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaire à la conclusion et à la gestion de mes garanties, ils sont destinés soit au médecin conseil de mon assureur, soit à ses services de gestion en cas de non confidentialisation du présent profil de santé, et traité dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de communication et de rectification en adressant votre demande au service des relations avec les consommateurs, Tour Gan Eurocourtage, 4-6 avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex – Tel : 01.70.96.67.37 – mail : relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances).

Je, soussigné(e), certifie exactes et sincères les présentes déclarations servant de base à l'adhésion au contrat à intervenir et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à

Le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »