

À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT À L'ASSURANCE

Réf. : DSS PREV

Nom Prénom(s) Né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--

Si le candidat à l'assurance répond "OUI" à au moins une des questions de la Déclaration de Santé Simplifiée, il s'engage à compléter le Questionnaire de Santé Prévoyance.

Les questions suivantes s'entendent, hors suivi de grossesse, hors affections saisonnières et contraception.



Êtes-vous actuellement en arrêt de travail et/ou en état d'invalidité, même partiel ?	☐ Oui ☐ Non
Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ayant entraîné une surveillance médicale et/ou un traitement médical supérieur à 21 jours consécutifs ?	☐ Oui ☐ Non
Dans les 12 mois à venir, devez-vous effectuer des examens médicaux ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale?	☐ Oui ☐ Non

Je déclare exacte et sincère la présente Déclaration de Santé Simplifiée qui servira de base à l'acceptation de l'Assureur. Je reconnais avoir été informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances. Conformément aux articles 38, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée, je dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification auprès du Médecin conseil de l'assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par Alptis Assurances et l'organisme assureur.

Fait à
le

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de l'adhérent précédée de
la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Cette Déclaration de Santé Simplifiée est valable
6 mois à compter de la date de signature