

## CONTRAT PRÉVOYANCE MONITEUR (IJ, Décès, Invalidité)

### L'ASSURÉ

Civilité  Nom  Prénoms

Nom de Jeune Fille  Nom de votre conjoint

Prénom de votre conjoint  Nationalité

Adresse

Code Postal  Ville

Date de naissance  Commune  Département

Situation de famille :  Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Autre

Nombre d'enfants à charge  N° de téléphone où nous pouvons vous joindre

E-mail :

Votre activité professionnelle (le/les sports enseignés) :  TNS  Salarié

Autre(s) activité(s) professionnelle(s) :

Vous êtes :  Artisan  Commerçant  Profession libérale  Autre

Micro-entrepreneur :  OUI  NON

Quel est votre régime obligatoire d'assurance maladie ?  SS  SSI  MSA  Autre

Êtes-vous adhérent à la CIPAV ?  OUI  NON Si oui, quelle classe :  A  B  C

Êtes-vous créateur ou repreneur d'entreprise depuis moins de 5 ans ?  OUI  NON

Souhaitez-vous bénéficier des avantages fiscaux offerts par la loi Madelin ?  OUI  NON

Êtes-vous fumeur ?  OUI  NON

Taille (en cm) :

Poids (en kg) :

Souhaitez-vous être couvert en cas d'accident ?  OUI  NON de maladies ?  OUI  NON

### LES GARANTIES

Les garanties que nous vous proposerons découleront directement de votre revenu fiscal de référence. Le devis que nous vous soumettrons sera accompagné d'un questionnaire médical (le devis sera sujet à modification selon les réponses apportées au questionnaire susmentionné)

Quel est votre revenu fiscal de référence (en €) ?   
(voir votre dernier avis d'imposition)

**QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LA PERSONNE A ASSURER  
AU CONTRAT ASSURANCE REVENUS**

Ce document dans le respect de la législation en vigueur, notamment de la convention AERAS, permet à l'Assureur d'étudier votre demande dans le respect du secret médical. Nous vous recommandons de prendre, seul(e) ou avec votre conseiller, le temps nécessaire pour y apporter précisément toutes les réponses demandées, sur place ou à votre domicile. Vous pouvez le transmettre sous pli confidentiel (remis par votre conseiller dans l'enveloppe de référence) ou par vos propres moyens sous pli cacheté à M. le médecin conseil du groupe MMA, – 1, allée du Wacken 67978 STRASBOURG CEDEX 9. Le Médecin Conseil se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Pour accélérer l'étude de votre dossier, joignez vos pièces médicales directement au questionnaire de santé.** Ce questionnaire de santé est valable 3 mois. Vos examens médicaux complémentaires sont valables 6 mois. **Passez ce délai vous devrez renouveler l'ensemble des formalités médicales.**

<input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> M <b>Nom</b> ..... <b>Prénom</b> .....		<b>Cochez</b>		<b>si OUI, complétez</b>
		NON ↓	OUI ↓	
<b>1</b>	Votre taille ?.....cm      Votre poids ?..... kg			
<b>2</b>	Etes-vous en cours de traitement médical ? Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lequel ?.....Pour quel motif?..... Depuis quelle date (JJ/MM/AAAA) ?..... Pour quel motif?..... Depuis quelle date (JJ/MM/AAAA) ?.....
<b>3</b>	Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De quelle nature ?..... Depuis quelle date JJ/MM/AAAA ?.....
<b>4</b>	Etes-vous <b>actuellement</b> en arrêt de travail partiel ou total sur prescription médicale, pour raison de santé ? <b>Au cours des 5 dernières années</b> , avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail partiel ou total <b>de plus de 21 jours</b> sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pourquoi ? Depuis quand ?..... Pour chaque arrêt : motif(s), date(s) et durée(s) JJ/MM/AAAA : .....
<b>5</b>	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      À quelle(s) date(s) ? ..... JJ/MM/AAAA ..... À quel taux ?.....
<b>6</b>	En dehors de la grossesse et des actes de prévention, avez-vous été informé qu'au cours des <b>12 prochains mois</b> , vous devrez : - Subir des examens de laboratoire, de radiographie, un scanner, une IRM ? - Être hospitalisé ? - Suivre un traitement médical ? - Subir une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      À quelle(s) date(s) ? ..... JJ/MM/AAAA ..... ..... .....
<b>7</b>	Au cours <b>des 10 dernières années</b> , avez-vous été atteint d'une maladie traitée par radiothérapie ou chimiothérapie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée(s) ..... JJ/MM/AAAA .....
<b>8</b>	Au cours <b>des 10 dernières années</b> , avez-vous suivi un traitement médical <b>de plus de 21 jours</b> : - pour atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? - pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée (s) ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>9</b>	<b>Au cours des 10 dernières années</b> , avez-vous suivi un traitement médical <b>de plus de 21 jours</b> pour l'une des maladies ou des atteintes suivantes : - de l'appareil cardio-vasculaire ? - de l'appareil digestif ? - de l'appareil respiratoire ? - du système nerveux ? - de l'appareil génito-urinaire ? - endocrinienne ou métabolique ? - rhumatismale, articulaire ou péri-articulaire ? <b>Précisez l'articulation et/ou l'os, ainsi que le côté concerné (gauche ou droit)</b>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée (s) ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>10</b>	<b>Au cours des 5 dernières années</b> , avez-vous subi l'un des examens suivants justifiant un traitement médical <b>de plus de 21 jours</b> ou une surveillance médicale : - un électrocardiogramme ? - une radiographie du thorax ? - une analyse de sang ou des urines ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée (s) ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>11</b>	<b>Au cours des 10 dernières années</b> , avez-vous été hospitalisé plus de 24 heures consécutives dans une clinique, un hôpital ou un établissement de soins pour un motif autre qu'une ablation des amygdales ou des végétations, de l'appendice, de la vésicule biliaire, une maternité, l'opération d'une hernie inguinale, hiatale, varice, hémorroïdes, chirurgie dentaire ou déviation de la cloison nasale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée (s) ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>12</b>	Etes-vous ou avez-vous été, <b>au cours des 10 dernières années</b> , pris en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) par votre régime obligatoire (Sécurité Sociale ou régime assimilé) en raison d'une maladie ou d'un accident ? Une demande est-elle en cours à ce sujet ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      Date(s) et durée (s) ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>13</b>	Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé <b>positif</b> pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      À quelle(s) date(s) ? ..... JJ/MM/AAAA ..... .....
<b>14</b>	<b>Au cours des 2 dernières années</b> , avez-vous été refusé ou ajourné pour motif médical lors d'une demande d'assurances de même type dans une autre société ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pour quels motifs ?      À quelle(s) date(s) ? ..... JJ/MM/AAAA ..... .....

**QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LA PERSONNE A ASSURER  
AU CONTRAT ASSURANCE REVENUS**

**Vous certifiez l'exactitude et la sincérité de vos déclarations et ne pas avoir caché ou dissimulé d'éléments nécessaires à l'Assureur pour apprécier les risques à garantir. Vous reconnaissez avoir été informé(e) des sanctions encourues en cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte : réduction des indemnités ou nullité du contrat (articles L113-8 et 113-9 du Code des assurances). En cas de sinistre, vous vous engagez à fournir à l'Assureur l'intégralité des pièces médicales relative à votre état de santé.**

Dans le cas où le contrat n'est pas conclu, vous avez la possibilité de récupérer l'ensemble de vos données médicales, dans un délai maximum de 20 mois, à compter du jour de leur transmission. Pour ce faire, vous devez écrire directement au Médecin Conseil : Médecin Conseil MMA – 1 allée du Wacken 67978 Strasbourg cedex 9 en précisant dans l'objet de votre demande : demande de transmission de pièces médicales dans le cadre d'un dossier d'assurance classé "sans suite" et en y joignant une copie de votre pièce d'identité en cours de validité.  
Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

Fait le ..... À .....

**Signature** de la personne à assurer  
(manuscrite)

Ces données personnelles sont destinées à l'assureur, responsable de leur traitement, à des fins d'acceptation et de gestion de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification ou de suppression de ces données personnelles auprès de : Service Réclamations Clients du groupe MMA, 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon, 72030 LE MANS Cedex 9.

Vos données médicales seront transmises aux services médicaux dont l'intervention est nécessaire à l'exécution de vos garanties.

