

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Vous souhaitez souscrire à l'assurance « Perte de gain Maladies & Accidents non professionnels » proposée par le GPAFI et adhérer au contrat d'assurance groupe Prévoyance N°MGENIB1100433NNP souscrit par l'AMFI-GPAFI auprès de l'Organisme assureur MGEN Vie. **Pour soumettre votre demande d'adhésion, vous devez remplir au préalable un questionnaire d'état de santé.**

**IMPORTANT :** Les réponses à ce questionnaire doivent obligatoirement être écrites **de la main de la personne à assurer**, qui doit prendre connaissance de toutes les questions et y répondre. Une réponse détaillée, complète et exacte doit être donnée à toutes les questions posées faute de quoi la demande d'affiliation ne sera pas considérée.

### 1. PROPOSANT A L'ASSURANCE (PERSONNE A ASSURER)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et coordonnées du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

### 2. QUESTIONS MEDICALES

- Veuillez cocher « OUI » ou « NON » pour chaque question posée.
- Pour chaque réponse « OUI » veuillez préciser toutes les informations complémentaires se rapportant au numéro de la question, la date de l'évènement ou du résultat, la date de guérison ou de consolidation, la nature de l'hospitalisation, la durée de la maladie ou de l'hospitalisation, les séquelles et toute autre information complémentaire éventuelle.
- Vous pouvez également apporter des précisions complémentaires sur feuille libre et la joindre à votre questionnaire d'état de santé.

a. Êtes-vous actuellement en congé maladie depuis plus de cinq (5) jours ouvrables ?  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Au cours des quatre (4) dernières années, avez-vous été en congé maladie pour une durée consécutive de plus de trente (30) jours ouvrables ?  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Au cours des six (6) prochains mois, une hospitalisation, y compris hospitalisation de jour, est-elle prévue ?  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été traité(e) ou êtes-vous actuellement traité(e)s pour :

I. Une maladie du cœur ou des vaisseaux :  Oui  Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II. Un cancer :  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. Un accident vasculaire cérébrale (AVC) :  Oui  Non

IV. Un problème ostéoarticulaire :  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

V. Une maladie neurologique de type sclérose en plaques, maladies de Parkinson :  Oui  Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

VI. Une affection psychiatrique de type dépression, burn out, anxiété généralisée,... :  Oui  Non

VII. Un diabète ou une autre maladie chronique :  Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

### 3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR VOTRE ETAT DE SANTE

---

---

---

---

### 4. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations propres à MGEN Vie et de l'exercice des droits des assurés eux-mêmes, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces données sont exclusivement destinées au GPAFI et au médecin conseil de MGEN Vie. L'exercice de droits s'effectue par courriel, à l'attention du médecin conseil : [gpafi@vyv-ib.com](mailto:gpafi@vyv-ib.com).

### 5. DÉCLARATION

Par votre signature, ci-dessous, vous certifiez :

- Donner votre accord au traitement de vos données personnelles, notamment celles relatives à votre santé, qui sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de votre contrat. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement, antérieur au retrait, fondé sur le consentement,
- avoir fourni tous les renseignements demandés de façon complète, sincère et exacte (toutes les réponses aux questions sont obligatoires),
- reconnaître qu'en cas de survenance d'un sinistre ou pour toute demande d'intervention, la production consciente et volontaire de documents et/ou de réponses inexacts ou frauduleux entraînera la déchéance des garanties sans remboursement des cotisations déjà versées.

### OÙ RENVOYER LE QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ ?

**Veillez d'abord vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions posées. Signer le questionnaire sur l'état de santé et renvoyez-le à l'adresse suivante :**

Par courriel : [gpafi@un.org](mailto:gpafi@un.org)

ou

Par courrier postal : GPAFI, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse

Certifié exact.

Fait à Genève.

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du proposant précédée de la mention « lu et approuvé » :