

**CE DOCUMENT REMPLI ET SIGNÉ DOIT PARVENIR SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MÉDECIN CONSEIL DE LA COMPAGNIE :**  
**APICIL SANTE PREVOYANCE - A l'attention du Médecin Conseil - BP 99 - 69644 CALUIRE CEDEX**

Raison sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Numéro de Contrat de prévoyance : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : | | | | | | | | | | Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Situation de famille : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : | | |  
 Adresse postale complète : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : | | | | | | | | | | Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Profession exacte : \_\_\_\_\_ Revenu brut annuel (en €) : \_\_\_\_\_

**Les réponses à toutes les questions doivent être claires, précises, écrites lisiblement en toutes lettres.**

<input type="checkbox"/> Quels sont : votre taille _____ cm, votre poids _____ kg.	
<input type="checkbox"/> Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé ou centre de cure thermale ? Si oui, type d'établissement ? _____ A quelle date ?                     Pour quelle(s) _____ Pour quelle(s) cause(s) ? _____ Intervention chirurgicale (hormis appendicite, amygdales) ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ? (sauf cholestérol) Si oui, lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué une analyse de sang ou d'autres examens médicaux qui se soient révélés anormaux ? Si oui, donner toutes précisions (dates, résultats,...) _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles de la colonne vertébrale (lombalgies, sciatique, hernie discale, cervicalgia,...) ou pour des troubles nerveux (anxiété, dépression, burn-out, fatigue, surmenage, spasmophilie, fibromyalgie,...) ? Si oui, à quelles dates ? _____ Pour quelles affections ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une ou plusieurs affections comme par exemple : HTA, maladie cardio-vasculaire, affections hépatiques ou digestives, rénales, neurologiques rhumatismales, respiratoires ou pulmonaires, gynécologiques, urologiques, métaboliques... Si oui, donner toutes précisions (dates, résultats,...) _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Avez-vous suivi un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie ? Si oui, donnez toutes précisions (dates, résultats,...) _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Si oui, depuis quelle date ?                     Quel(le) taux / catégorie ? _____ Pour quels motifs médicaux ? _____ Quel organisme vous verse la prestation ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Pour les femmes, avez-vous eu des difficultés de grossesse ou une grossesse ayant nécessité une surveillance particulière ? Si oui, à quelle date ?                     Pour quelle(s) cause(s) ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Fumez-vous plus de 10 cigarettes par jour et/ou buvez-vous plus de 3 verres d'alcool par jour ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% par un organisme pour une Affection Longue Durée (ALD) ? Si oui, laquelle ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Avez-vous autre chose à déclarer sur votre état de santé ? Si oui, détaillez ? _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*Je certifie exactes, complètes et remplies par mes soins les réponses données aux questions ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation au contrat, conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | | | | | | | | Signature \_\_\_\_\_

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à [dpo-gresham@gresham.fr](mailto:dpo-gresham@gresham.fr) ou à l'adresse : GRESHAM - Délégué à la protection des données (DPO) - Service Marketing - 20 rue de la Baume - 75008 Paris.  
Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur <https://www.greshamcollectives.fr/protection-des-donnees>