

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL SIMPLIFIÉ (QMS) À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E) LUI(ELLE)-MÊME

Nom / Prénom de l'adhérent (ou raison sociale de l'entreprise) : .....  
Nom de l'assuré(e) : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ..... Situation de famille : .....  
Adresse : .....  
Profession et activité précise exercée : ..... N° SS : .....  
Taille : ..... Poids : ..... Tension artérielle : ..... Est-elle traitée ?  NON  OUI

- 1 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou suivez-vous un traitement (médical ou kinésithérapie) ?  NON  OUI
- 2 Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical pour une affection cancéreuse ? ou une hépatite ?  NON  OUI
- 3 Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi :
- une hospitalisation ou une intervention chirurgicale pour maladie ou accident ? (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement)  NON  OUI
  - un arrêt de travail de plus de 30 jours (sauf congé légal de maternité)?  NON  OUI
  - un traitement de plus de 3 semaines consécutives?  NON  OUI
  - des examens médicaux de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) dont les résultats se seraient révélés **anormaux** ?  NON  OUI
- 4 Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?  NON  OUI
- 5 Devez-vous prochainement :
- être hospitalisé même en hôpital de jour ?  NON  OUI
  - subir des examens médicaux de laboratoire ? cardiologiques ?  NON  OUI  
ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie...) ?  NON  OUI
- 6 Êtes-vous amené à séjourner **à titre professionnel** en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?  NON  OUI

**En cas de réponse positive à une au moins des questions ci-dessus, veuillez compléter et retourner sous pli confidentiel fermé à l'attention du médecin-consultant le formulaire "questionnaire état de santé"**

Merci de répondre aux questions suivantes :

Fumez-vous ?  NON  OUI  
Ancien fumeur ?  NON  OUI

Si oui, nbre/jour : ..... Depuis quand ? .....  
Si oui, date d'arrêt du tabac : ..... Motif de l'arrêt : .....

**Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.**

Fait à : ..... le : .....

Signature de l'assuré(e)  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)