

Répondre impérativement à toutes les questions et transmettre le questionnaire daté et signé au Service Médical sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur. L'envoi d'un questionnaire de santé incomplet peut entraîner un délai plus long. En cas de réponse(s) positive(s), notre médecin conseil se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires, par retour de courrier.

Contrat :

Code intermédiaire :

1. Nom de l'assuré :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse

Code postal :

Localité :

Profession :



4118801000

NON OUI

2. a) Avez-vous une affection de longue durée prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ? NON OUI depuis quand ?
- si oui pour quel(s) motif(s)
- b) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? NON OUI depuis quand ?
- pour quel(s) motif(s)
- c) Avez-vous été, durant les 5 dernières années incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ? NON OUI quand ? durée ?
- pourquoi :
- d) Taille : cm Poids usuel : kg Tension artérielle habituelle : /

3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

- a) une anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète) ? NON OUI Taux glycémie : g/l HBA 1C : %
- | Nom de l'affection | Date de début | Commentaires |
|---|---|--------------|
| b) une maladie tumorale ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| c) une atteinte psychique ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| d) une maladie cardiaque ischémique ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| e) une maladie de l'appareil respiratoire ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| f) une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| g) une maladie des os ou des articulations ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| h) une anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Taux cholestérol : g/l Taux triglycérides g/l | ..... |
| i) une maladie infectieuse ou parasitaire ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| j) une maladie sexuellement transmissible | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| Sida ou syndrome apparenté ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| k) une maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| l) une maladie du système nerveux ou des muscles ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| m) une maladie de l'oreille, du nez de la gorge ou de l'oeil ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| n) une maladie de l'appareil cardiovasculaire ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| o) une maladie de l'appareil urinaire ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| p) une maladie de l'appareil génital ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| q) une maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| r) une maladie du dos ou des hanches ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |
| s) une infirmité, une affection congénitale ou acquise, une amputation ou anomalie connue ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | ..... |

- 4 a) Avez-vous consulté, été soigné ou bénéficié d'un bilan : NON OUI
- | Date : | Pourquoi ? |
|---|---|
| en service de médecine ? | ..... |
| en service de chirurgie ? (1) | ..... |
| en service de cardiologie ? | ..... |
| en service de pneumologie ? | ..... |
| en service de neurologie ? | ..... |
| en service de psychiatrie ? | ..... |
| en service de rhumatologie ? | ..... |
| en service de rééducation fonctionnelle ? | ..... |
| en service de cancérologie ? | ..... |
| en service de gynécologie, obstétrique, maternité ? | ..... |
| autres ? | ..... |
| b) Avez-vous eu un traitement par substances radioactives par laser, une chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| c) Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| d) Avez-vous été accidenté ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée :

NOM : Prénom : Né(e) le :

NON OUI Demande en cours
5. Etes-vous bénéficiaire d'une carte ou d'une rente d'invalidité ? taux : % depuis quand ?
 Civile Militaire motif :
motif :

6 a) Suivez vous un **traitement** prescrit médicalement ? Depuis quand ? Nom des médicaments :
pourquoi ?
b) Recevez-vous des **soins** prescrits médicalement ? Depuis quand ? Nature des soins :
pourquoi ?
c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ? pourquoi ?
..... fréquence mensuelle :
d) Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ? quand ? pourquoi ?
.....
e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? quand ? pourquoi ?

7. Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ? **quand ?** **motif :**
Devez-vous suivre une cure ?

8 a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : **quand ?** **résultats :**
- un électrocardiogramme ?
- une radiographie du thorax ?
- une analyse du sang ?
- un test de dépistage du Sida ?
- un test de dépistage de l'hépatite C ?
- un bilan de stérilité ?
- une densitométrie osseuse ?
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ? lesquelles ?
(électroencéphalogramme, scanner, PET scan, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie endoscopie digestive ou bronchique, polysomnographie) résultats

9. Pour les femmes :
a) Aide à la procréation ? nombre de tentatives ? dates :
b) Grossesses antérieures avec complications ? nature des complications :
c) Etes-vous enceinte ? de combien de mois ?
Complications ? nature des complications :
d) Avez-vous effectué une mammographie ? date : résultats :
précisez la classification ACR :

10.a) Sports pratiqués :
b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées ? nbre de verres par repas : en dehors des repas :
c) Tabagisme actif ? année de début : unités par jour :
d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? lesquels ?
(drogues) jusqu'à quand ?

Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus ou ajournement lors de l'adhésion à un contrat d'assurance comportant des formalités médicales ? OUI NON
Si oui quand pour quel motif.....

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé.
Conformément à l'article L. 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Fait à le

Signature de la personne à assurer :

(1) Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu opératoire, le compte-rendu histologique ou anatomo-pathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale.
Toutefois, dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser sur le questionnaire de santé ou le rapport médical lui-même le type de hernie et la date de l'intervention.

Art. L. 113-8 – Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

EXAMEN MÉDICAL

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

	NON	OUI	Commentaires
11. a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
b) Vous êtes-vous assuré de son identité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	comment ? _____

12. CONSTITUTION

a) Taille	_____	cm (résultat de la mensuration)	IMC : _____
b) Poids	_____	kg (résultat de la pesée)	
c) Périmètre du thorax	_____	cm en inspiration _____	cm en expiration _____
d) Circonférence de l'abdomen	_____	cm morphotype : gynoïde <input type="checkbox"/>	androïde <input type="checkbox"/>
e) Circonférence aux hanches	_____	cm	

13. GÉNÉRALITES

a) Anomalies congénitales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
b) Morphotype ou malformations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____

14. HABITUDES

a) Mode de vie néfaste à la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____
b) Signes suggérant un comportement addictif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____

15. SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME

Anomalie éventuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
-----------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

16. PSYCHIATRIE

Troubles du comportement ou signes évocateurs d'une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
---	--------------------------	--------------------------	------------------

17. SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

Symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
---	--------------------------	--------------------------	------------------

18. ORGANES SENSITIFS

a) Affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
Baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré : _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
b) Affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
Nécessité d'une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant correction : OD = _____ OG = _____
			après correction : OD = _____ avec _____ dioptries
			OG = _____ avec _____ dioptries

19. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

a) Aire cardiaque agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance _____
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
c) Bruits du cœur pathologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ intensité _____
d) Souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> siège ? _____ intensité _____
			diastolique <input type="checkbox"/> siège ? _____ intensité _____
			Irradiation _____
Organicité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic _____
e) Anomalie des pouls périphériques et carotidiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège _____
			droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>
			cause _____ importance : _____
f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques, varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance : _____

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

TENSION ARTÉRIELLE : systolique ____ diastolique ____ non traitée Traitement et date : _____

Fréquence du pouls _____ / mn

- Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : _____

- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.

Contrôle éventuel : systolique _____ diastolique _____ pulsations _____ / mn

	NON	OUI	Commentaires
20. APPAREIL RESPIRATOIRE			
a) Anomalie auscultatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
b) Peak flow ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	valeur : _____
c) Examen radiologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	résultat : _____

21. APPAREIL DIGESTIF			
a) Pathologie du cavum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
b) Organomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hépatomégalie : _____ splénomégalie : _____ de combien de cm ? _____ consistance : _____ palpable sur _____ cm _____ cause : _____
c) Hernie, éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : _____ bilatérale : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
d) Un test de dépistage des cancers recto-coliques a-t-il été effectué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	date : _____ résultats : _____

22. APPAREIL UROGÉNITAL				
a) Examen d'urine :	albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel : _____ g/l _____ autres substances anormales
(l'urine doit être émise chez le médecin)	sucres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel : _____ g/l _____
	sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	leucocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Affection des organes génitaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
c) Affection des seins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____

23. PEAU			
Affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____

24. ADENOPATHIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	topographie : _____ consistance : _____
-------------------------	--------------------------	--------------------------	---

25. OS, ARTICULATION ET TISSU CONJONCTIF			Laquelle	Depuis quand	Séquelles
- Affection osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Affection articulaire					
- proximales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- intermédiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- distales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Affection rachidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Maladie des tissus mous et conjonctifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Chirurgie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

26. CONCLUSION			
a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nous vous invitons à ne pas faire payer le proposant. Ne joignez pas de note d'honoraires, nous vous réglerons sur la base de ce document.

Montant des honoraires (*) : _____ € (* en conformité avec les pratiques usuelles d'un maximum de 5C).

Si les honoraires ont été acquittés par le proposant, cochez cette case :

Important : La Société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'agent d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à,

le

Le médecin-examineur :
Cachet et signature du médecin