

À compléter, détacher et expédier dans l'enveloppe ci-contre

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

N° _____ Nom et Prénom _____
 Date de naissance _____ Homme Femme Code postal _____ Profession _____

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ (OBLIGATOIRE)	OUI	NON
1 - Etes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité, et/ou de l'exonération du ticket modérateur, et/ou d'une rente accident du travail, et/ou d'une allocation adulte handicapé, et/ou avez-vous des séquelles d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié pendant plus de 3 semaines d'un traitement, et/ou d'un suivi médical ou chirurgical, et/ou d'un arrêt de travail ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous une maladie, une affection médicale ou chirurgicale qui justifie actuellement ou pourra justifier un suivi, un traitement, un arrêt de travail et/ou une intervention chirurgicale ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Hors affections saisonnières, grossesse, appendicite, amygdales, végétations, chirurgie esthétique et réparatrice, et traitement contraceptif

En cas de réponse positive à la Déclaration de Bonne Santé et/ou si questionnaire médical confidentiel obligatoire, complétez ci-dessous

QUESTIONNAIRE MÉDICAL	Cochez OUI NON		En cas de réponse « OUI », donnez des précisions (noms, motifs, date...)
4 - Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 - Taille / poids		 m cm kg
6 - Prenez-vous de façon régulière un ou plusieurs médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
7 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus immunodéficience humaine) ? Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 - Etes-vous atteint(e) - suivi(e) - traité(e) ou avez-vous été atteint(e) - suivi(e) - traité(e) au cours des 10 dernières années pour * :			Pathologist(s) concernée(s) :
a - Anémie, anomalie de la coagulation, de moelle osseuse, leucémie ou toutes autres maladies du sang. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b - Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toutes autres atteintes psychiatriques, alcoolisme, toxicomanie, fatigue chronique, fibromyalgies. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c - Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, névralgies ou toutes autres maladies du système nerveux ou des muscles. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d - Diabète insulino-dépendant. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e - Diabète non insulino-dépendant, hypercholestérolémie, affections de la thyroïde ou toutes autres atteintes du système endocrinien ou du métabolisme. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f - Surdité, enrrouement, troubles de la vue ou toutes autres maladies de l'oreille, nez, gorge ou de l'oeil. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g - Varices, hypertension artérielle, souffle cardiaque, malformation cardiaque ou douleur thoracique, palpitations, artérite, maladie coronarienne, angine de poitrine, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toutes autres maladies de l'appareil cardiovasculaire. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h - Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toutes autres maladies de l'appareil respiratoire. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i - Hémorrhagie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toutes autres maladies de l'appareil digestif. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j - Affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite...) ou des organes génitaux ou toutes autres maladies de l'appareil urogénital. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k - Psoriasis, kyste, eczéma ou toutes autres maladies de la peau. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l - Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, sciatiques, douleurs cervicales, dorsales ou lombaires. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m - Toutes autres maladies des os ou des articulations : �paules, coudes, poignets, hanches, genoux, chevilles, hallux valgus, canal carpien.... Précisez l'articulation et/ou l'os, et le côté concerné (GAUCHE ou DROIT) pour chaque pathologie déclarée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n - Toutes autres maladies, pathologies ou infirmités non citées plus haut. Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Au cours des 10 dernières années :			
9 - Avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital, un centre de r�ducation ou une maison de santé pour un motif autre que : appendicectomie, ablation des amygdales ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ? Précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datels) et motif(s) :
10 - Avez-vous reçu un soin de kinésithérapie ou de r�ducation ? Précisez le motif, l'articulation et le côté concerné (GAUCHE ou DROIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 - Avez vous subi un électroencéphalogramme, radiographie, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, échographie, électromyogramme ? Précisez l'examen et le motif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vertu des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique permettant au patient d'accéder aux informations contenues dans son dossier médical, en cas de sinistre, l'assuré s'engage à transmettre la totalité des pièces médiales inhérentes à son état de santé (comptes rendus de consultations, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, examens biologiques, dossier médical...). Les assureurs se réservent alors le droit de subordonner la mise en jeu des garanties à la remise des pièces sollicitées par le service médical dans le cadre du sinistre référencé.

J'accepte que l'ensemble des documents (Proposition d'assurance, Questionnaire Médical Confidentiel et autres documents médicaux) soit adressé par fax et/ou scanner dans la corbeille de fax du service médical pour instruction.

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Je reconnais donc que toute fausse déclaration de ma part, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque, est susceptible d'entraîner l'annulation du contrat d'assurance.

Fait   : _____ Le : _____ Signature de la personne à assurer : _____
 ( crire « Lu et Approuvé » et signer)