

QUESTIONNAIRE MEDICAL

M. Mme Mlle **NOM** et **PRENOM** : Nom de j. fille :

Date et lieu de naissance : Profession :

Adresse :

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.
Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter les précisions complémentaires.**

1	Veuillez indiquer votre taille : cm ?			votre poids : kg ?
2	Y a-t-il dans votre famille un antécédent de maladie cardiaque, vasculaire, neurologique, psychiatrique, de cancer ou de diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
3	Suivez-vous actuellement un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s) quel(s) - Depuis quand et pourquoi ?
4	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
5	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif) ? Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quantités journalières :
6	Avez-vous été victime d'accident (d'automobile ou autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez dates, séquelles,...
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ? Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - taux d'invalidité (préciser à titre civil ou militaire).
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévisible ? Quand - durée de chaque arrêt - motif ?

	AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES	OUI	NON	Dates - durées - motifs - résultats ?
9	. Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie,... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test(s), résultat(s) et date(s) :
	. Avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand - pour quel(s) motif(s) ?
	Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Pour les femmes Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués : Grossesse en cours : Utilisez-vous une contraception orale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : (dates)
12	Etes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ou avez-vous par ailleurs des propositions en cours ? Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date - Compagnie garanties - montants :
13	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens (hors lignes commerciales régulières) ? Utilisez-vous un cycle à moteur ? Si oui, est-ce en tant que moyen de transport uniquement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type d'engin : Cylindrée : Kilométrage annuel moyen
	Pratiquez-vous des sports ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?		Compétition ? OUI NON
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

A le 20 ..

Signature de la personne à assurer