

Questionnaire médical (à remplir par l'Adhérent)

adhérent			Conjoint
Renseignements divers			
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis quand ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Date de retour prévisible ?</p>	<p>Quel emploi occupez-vous actuellement ?</p> <p>Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ?</p> <p>Auprès de quelle Compagnie ?</p> <p>Avez-vous bénéficié d'une assurance maladie ?</p> <p>Auprès de quelle Compagnie ?</p> <p>Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis quand ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Date de retour prévisible ?</p>	
Questionnaire médical			
.....Cm.....Kg	Indiquez votre taille et votre poids ?Cm.....Kg	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Avez-vous consulté un médecin depuis moins de 3 ans ?</p> <p>Pour quel motif ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Chiffres</p> <p>Date</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Traitement</p>	<p>Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?</p> <p>- Quels sont les chiffres ?</p> <p>- A quelle date a-t-elle été prise ?</p> <p>- Suivez-vous un traitement ?</p> <p>- Lequel ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Chiffres</p> <p>Date</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Traitement</p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ?</p> <p>- Nature de l'invalidité :</p> <p>.....</p> <p>- Date de l'invalidité :</p> <p>.....</p> <p>- Taux d'invalidité permanente :</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Maladies éventuelles</p> <p>Depuis quand</p>	<p>Etes-vous ou avez-vous été atteint de maladies graves ou chroniques : maladies cardiovasculaires, maladies psychiques, cancers, maladies de l'appareil digestif, maladies des os et des articulations, maladies du sang, affections urinaires, maladies infectieuses, maladies endocriniennes (goutte, cholestérol, thyroïde..), asthme autres ? Quand ? Lesquelles ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Maladies éventuelles</p> <p>Depuis quand</p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Souffrez-vous de diabète ?</p> <p>- Depuis quand ?</p> <p>- Quel type de diabète avez-vous ?</p> <p>- Taux de glycémie et traitement suivi ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oculaire <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/></p> <p>Acuité visuelle sans correction :</p> <p>Œil droit /10</p> <p>Œil gauche /10</p>	<p>Souffrez-vous ou avez-vous été atteint de maladies des organes des sens ?</p> <p>- Troubles oculaires</p> <p>- Troubles auditifs</p>	<p>Oculaire <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/></p> <p>Acuité visuelle sans correction :</p> <p>Œil droit /10</p> <p>Œil gauche /10</p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</p> <p>- De quelle nature ?</p> <p>- Quand ?</p> <p>- Quelles suites ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux ?</p> <p>- Quand ?</p> <p>- Pour quel(s) motif(s) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Suivez-vous actuellement un traitement ou un régime ?</p> <p>- Lequel ?</p> <p>- Depuis quand ?</p> <p>- Pourquoi ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Pour les femmes :</p> <p>Etes-vous enceinte ?</p> <p>Avez-vous eu des accouchements difficiles ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>Cigarettes par jour.</p>	<p>Fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour.</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>Cigarettes par jour.</p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurance de personnes ?</p> <p>Pour quel motif ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Parmi vos parents y-en a-t-il qui souffrent d'une maladie chronique ou héréditaire ?</p> <p>- Indiquez lequel des parents :</p> <p>.....</p> <p>- Indiquez la nature et l'époque :</p> <p>.....</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	

Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses ci-dessus, sachant que toute omission volontaire, dissimulation, indication fautive ou incomplète entraîne la nullité des garanties.
 Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de la notice d'information relatives à toutes les garanties souscrites dans le présent bulletin individuel d'adhésion et y adhère sans réserve.

Les questions pour lesquelles l'Assuré n'a pas répondu ou répondu avec des traits seront considérées par la compagnie comme « Rien à signaler »

Signature de l'Adhérent
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à, le