

Questionnaire médical (à remplir par l'Adhérent)

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

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