

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE EMPRUNTEUR

ASSURÉ(E)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Taille :cm

Poids :kg

2. SITUATION PROFESSIONNELLE

a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel (hors congés légaux pour maternité) ?

☐ Oui ☐ Non

b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux pour maternité) ?

☐ Oui ☐ Non

c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ?

☐ Oui ☐ Non

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?

☐ Oui ☐ Non

Maladie(s) :

Traitement(s) :

Début :/...../.....

4. ACCIDENTS

Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?

☐ Oui ☐ Non

5. TRAITEMENTS MÉDICAUX

a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux (sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites) ?

☐ Oui ☐ Non

b) Avez-vous une prise en charge médicale (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?

☐ Oui ☐ Non

c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 2 semaines consécutives un traitement médicamenteux (sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites) ?

☐ Oui ☐ Non

d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une prise en charge médicale (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?

☐ Oui ☐ Non

6. HOSPITALISATIONS

Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris des séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médicaux chirurgicaux, examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dent de sagesse, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, vésicule biliaire, hémorroïdes, hernie inguinale) ?

☐ Oui ☐ Non

7. EXAMENS MÉDICAUX

Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?

☐ Oui ☐ Non

8. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX SPÉCIFIQUES

Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une maladie :

Catégorie	Question spécifique	Réponse (Oui/Non)
a) Respiratoire	Asthme, tuberculose, embolie pulmonaire, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	☐ Oui ☐ Non
b) Cardio-vasculaire	Hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	☐ Oui ☐ Non
c) Ophtalmologique / ORL	Cécité, glaucome, dégénérescence maculaire, surdité, acouphènes, vertiges de Ménière, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	☐ Oui ☐ Non
d) Dermatologique	Eczéma, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	☐ Oui ☐ Non

e) Articulaire	Hernie discale, lombalgie, sciatique, arthrose, polyarthrite, ostéoporose, lupus ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	☐ Oui ☐ Non
f) Digestive	Maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-œsophagien, diverticules, foie, pancréas, ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	☐ Oui ☐ Non
g) Neuro-musculaire	Épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, AVC, AIT ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	☐ Oui ☐ Non
h) Cancer	Leucémie, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse ?	☐ Oui ☐ Non
i) Endocrino-métabolique	Thyroïde, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	☐ Oui ☐ Non
j) Urino-rénale	Coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?	☐ Oui ☐ Non
k) Génitale	Endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	☐ Oui ☐ Non
l) Nerveuse	Dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, stress, anxiété,	☐ Oui ☐ Non

	psychose, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	
m) Autres Maladies	Hépatite, paludisme, anémie, trouble de la coagulation ou toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	☐ Oui ☐ Non

9. PROJETS MÉDICAUX

Dans les 6 prochains mois, avez-vous des séjours en milieu hospitalier prévus ?

☐ Oui ☐ Non

10. SUIVI MÉDICAL

Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?

☐ Oui ☐ Non

11. DÉPISTAGE

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?

☐ Oui ☐ Non

ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Fait à, le/...../.....

Signature de l'Assuré(e) :