



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : PRENOM :
AFFILIE(E) : DATE DE NAISSANCE :

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS :

L'attention de la personne à assurer est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit, impérativement, être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L1138 du Code des Assurances). Si vous estimez devoir répondre OUI au moins à l'une de ces questions, le présent questionnaire sera soumis à notre médecin conseil.

- 1 - Taille (en cms) : 2 - Poids (en kgs) : **Soustraire le poids de la taille** :
- 3 - Le chiffre résultant de la soustraction ci-dessus est-il inférieur à 80 ou supérieur à 120 ? NON OUI
- 4 - Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail Pour quelle raison ?
Depuis quelle date ?
Date prévue pour la reprise ?
- 5 - Vous savez-vous atteint :
a) d'une maladie Laquelle ?
b) d'une affection congénitale Laquelle ?
- 6 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical autre que les visites faites dans le cadre de la médecine du travail, de la prévention ou du dépistage Lequel ?
Pourquoi ?
Depuis quelle date ?
- 7 - Au cours des dix dernières années, avez-vous subi des interventions chirurgicales autres qu'appendicectomie ou ablation des amygdales et des végétations ? Lesquelles ?
Dates ?
- 8 - Au cours des cinq dernières années, avez-vous :
a) consulté pour la colonne vertébrale et les hanches ? Précisez :
(exemple : arthrose, hernie discale, sciatique) Dates :
b) consulté pour des troubles nerveux ? Précisez :
(exemples : asthénie, dépression, surmenage, anxiété) Dates :
c) été atteint d'une maladie ayant provoqué un arrêt de travail de plus d'un mois ? Laquelle ?
Dates :
Durée de l'arrêt de travail ?
d) été victime d'un accident ayant entraîné un arrêt de travail de plus d'un mois ? Natures des blessures :
Dates :
Durée de l'arrêt de travail ?
S'il subsiste des séquelles, lesquelles ?
e) été victime d'un accident ? Date, précisez :
f) subi un traitement par rayon, laser ou chimiothérapie ? Précisez :
Dates, pourquoi ?
- 9 - Suivez-vous un traitement médical ? Lequel ?
Pourquoi ?
- 10 - Etes-vous, ou avez-vous été pris en charge à 100% pour longue maladie ? Précisez :
Date :
- 11 - Faites-vous l'objet d'un suivi dentaire pour soins / prothèses ? Lequel ?
- 12 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité "test du SIDA", autre que ceux, à caractère systématique, c'est-à-dire passés à l'occasion d'un bilan pré-nuptial, de grossesse ou lors d'un don du sang ? Quand ?
- Avez-vous subi un test de dépistage à caractère systématique avec un résultat positif ? Résultat ?
- 13 - Au cours des six derniers mois, des examens spéciaux (exemple : radiologie, cardiologie, laboratoire) vous ont-ils été prescrits, dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ? Quand ?
Lesquels ?
Pourquoi ?
- 14 - Avez-vous un taux d'invalidité ? Dates :
Résultats (les joindre si possible) ?
Précisez à quel titre ? Civil, Sécurité Sociale, Maladie profes., Accident du travail, Militaire
Taux : ou catégorie
- 15 - Etes-vous atteint d'une malformation ou avez-vous été amputé d'un membre ? Précisez :
- 16 - Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) Précisez :
- 17 - Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurance vie ? Origine :
(surprime, clause d'exclusion, refus ou ajournement) Pourquoi ?
Dates :

Cette adhésion, valable pour la durée du contrat, pourra être dénoncée à chaque échéance annuelle ou trimestrielle par l'assuré ou par la M.P.L. moyennant préavis d'1 mois au moins.

Je soussigné, certifie que les réponses faites à ce questionnaire sont sincères et véritables.

Fait à , **Signature de l'assuré** (faire précéder la signature de la mention "LU ET APPROUVE")

le.....