

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil du BCAC

Le proposant doit répondre à chaque question. Chaque case doit obligatoirement être remplie par OUI ou NON. Un simple trait ne constitue pas une réponse. En cas de réponse positive, donner les précisions demandées.

**IDENTIFICATION**

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : |\_|\_| | |\_| | |\_| |

Adresse : .....

Employeur : .....

Quelle est votre taille ? ..... Quel est votre poids ? .....

Quelle est votre tension artérielle ? :

- le chiffre maximum : .....

- le chiffre minimum : .....

- la date à laquelle elle a été prise : | | | | | | | |

- Vos parents ou collatéraux sont-ils ou ont-ils été atteints d'une maladie héréditaire, cardio-vasculaire, diabétique ou psychiatrique ?

non  oui Précisions : .....  
.....

- Vous trouvez-vous actuellement en état d'incapacité partielle ou totale de travail ?

non  oui Depuis quelle date : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Cause : .....

- Au cours des 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre activité pour raison de santé pendant :

- plus de 30 jours consécutifs ?  non  oui Date de l'arrêt : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Reprise : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- plus de 90 jours consécutifs ?  non  oui Date de l'arrêt : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Reprise : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Cause : .....

Traitements suivis : .....

- Affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, pleurésie, tuberculose...) ?

non  oui Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- Affection neurologique, cérébrale, musculaire (épilepsie, méningite, anévrisme, hémorragie, paralysie, myopathie, sclérose en plaques...) ?

non  oui Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- Affection psychique (dépression nerveuse, fatigue, insomnies, psychose) ?

non  oui Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- Affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, arythmie, souffle, infarctus insuffisance coronarienne, artérite, malformations congénitales ou acquises...) ?

non  oui Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- Affection digestive (lenteurs ou brûlures digestives, constipation, diarrhée, rectorragies, hépatite, ulcère, colopathie, pancréatite, parasitose...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection rénale ou urinaire (néphrite, calculs, coliques néphrétiques, albuminurie, hématurie...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection ostéo articulaire, des hanches ou de la colonne vertébrale (scoliose, sciatique, rhumatismes, arthrose, hernie discale, tassement vertébral...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection endocrinienne ou du métabolisme (goitre, nodule, diabète, cholestérol, goutte...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection ou allergie cutanée (mycose, herpès, psoriasis, eczéma, purpura, lupus, tumeurs...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection des yeux ou ORL (glaucome, rétinopathie, vertiges, otite, laryngite, sinusite...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Maladie sexuelle (gonorrhée, syphilis...) ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
- Affection autre que celle citées ci-dessus ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- Etes-vous atteint d'une infirmité ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Origine .....
- Etes-vous atteint d'une invalidité permanente/partielle ?  
 non     oui    Taux ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Cause .....
- Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité autre que militaire ?  
 non     oui    Taux ou catégorie ..... Date |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Cause .....
- Avez-vous été victime d'un accident ?  
 non     oui    Dates .....  
Nature et localisation des blessures .....  
Séquelles .....
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?  
 non     oui    Dates .....  
Causes .....
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  
 non     oui    Types .....  
Dates .....  
Causes .....
- Avez-vous subi des tests de dépistage du SIDA ?  
 non     oui    Dates .....  
Résultats .....

- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, laser ou une chimiothérapie ?  
 non     oui    Nature ..... Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Cause .....
- Avez-vous suivi des traitements au cours de la dernière année ou en suivez-vous un ?  
 non     oui    Dates .....  
Nature .....  
Cause .....
- Avez-vous suivi une cure de désintoxication vis-à-vis de l'alcool, du tabac, de stupéfiants ?  
 non     oui    Nature ..... Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Examens au cours de la dernière année (ECG, radiographie, échographie, scanner, examen de sang, urines, etc...) ?  
 non     oui    Lesquels ..... Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Cause ..... Résultats .....
- Avez-vous consulté un médecin dans les 3 mois ?  
 non     oui    Dates .....  
Cause .....
- Votre poids a-t-il varié au cours de la dernière année ?  
 non     oui    Amaigrissement .....Kg    Prise de poids .....Kg  
Cause .....
- Consommez-vous du vin, de la bière, des apéritifs, des digestifs ?  
 non     oui    Lesquels ? .....  
Quantité par jour .....
- Fumez-vous ?  
 non     oui    Depuis quand ? .....  
Nombre de cigarettes/jour ..... Nombre de cigares/jour ..... Nombre de pipes/jour.....

#### QUESTIONS RESERVEES AUX PERSONNES DU SEXE MASCULIN

- Vous a-t-on déclaré inapte au Service Militaire ?  
 non     oui    Pourquoi ? .....
- Avez-vous été réformé ?  
 non     oui    Pourquoi ? .....
- Etes-vous titulaire d'une pension militaire ?  
 non     oui    Taux ..... Cause .....

#### QUESTIONS RESERVEES AUX PERSONNES DU SEXE FEMININ

- Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale ou mammaire ?  
 non     oui    Laquelle ? ..... Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Etes-vous enceinte ?  
 non     oui    De combien de mois ? .....
- Une échographie a-t-elle été pratiquée ?  
 non     oui    Résultat ..... Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurance-vie (surprime, clause d'exclusions, refus ?

non

oui

Compagnies .....

*Je certifie exactes, complètes et sincères les réponses données ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence, toute fausse déclaration, entraîneraient la nullité de l'assurance conformément à l'article 113-8 du Code des Assurances.*

Fait le :

A :

(SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »)

## **IMPORTANT**

L'importance des garanties ou les réponses au questionnaire de santé peuvent entraîner des formalités complémentaires pour l'acceptation à l'assurance.

### **Extrait de l'article L 113-8**

« ... le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. »

# **TOUT**

# **QUESTIONNAIRE**

# **INCOMPLET**

# **SERA**

# **RETOURNE**

N.B. : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé.