

# TÉLÉVIE Questionnaire de Santé

Répondre impérativement à toutes les questions et transmettre le questionnaire daté et signé au Service Médical sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur. L'envoi d'un questionnaire de santé incomplet peut entraîner un délai plus long. En cas de réponse(s) positive(s), notre médecin conseil se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires, par retour de courrier.

Contrat :

Code intermédiaire :

1. Nom de l'assuré :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse

Code postal :

Localité :

Profession :

NON OUI

2. a) Avez-vous une affection de longue durée prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ?  NON  OUI depuis quand ? .....
- si oui pour quel(s) motif(s) .....
- b) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?  NON  OUI depuis quand ? .....
- pour quel(s) motif(s) .....
- c) Avez-vous été, durant les 5 dernières années incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?  NON  OUI quand ? durée ? .....
- pourquoi : .....
- d) Taille : ..... cm Poids usuel : ..... kg Tension artérielle habituelle : ..... / .....

3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

- a) une anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète) ?  NON  OUI Taux glycémie : ..... g/l HBA 1C : ..... %
- | Nom de l'affection                                                                          | Date de début                                                                                                       | Commentaires |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| b) une maladie tumorale ?                                                                   | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| c) une atteinte psychique ?                                                                 | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| d) une maladie cardiaque ischémique ?                                                       | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| e) une maladie de l'appareil respiratoire ?                                                 | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| f) une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen ?                          | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| g) une maladie des os ou des articulations ?                                                | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| h) une anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ?                                        | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Taux cholestérol : ..... g/l Taux triglycérides ..... g/l | .....        |
| i) une maladie infectieuse ou parasitaire ?                                                 | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| j) une maladie sexuellement transmissible                                                   | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| Sida ou syndrome apparenté ?                                                                | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| k) une maladie du sang ?                                                                    | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| l) une maladie du système nerveux ou des muscles ?                                          | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| m) une maladie de l'oreille, du nez de la gorge ou de l'oeil ?                              | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| n) une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?                                             | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| o) une maladie de l'appareil urinaire ?                                                     | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| p) une maladie de l'appareil génital ?                                                      | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| q) une maladie de la peau ?                                                                 | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| r) une maladie du dos ou des hanches ?                                                      | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |
| s) une infirmité, une affection congénitale ou acquise, une amputation ou anomalie connue ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI                                                           | .....        |

- 4 a) Avez-vous consulté, été soigné ou bénéficié d'un bilan :  NON  OUI Date : ..... Pourquoi ? .....
- en service de médecine ?  NON  OUI
- en service de chirurgie ? (1)  NON  OUI
- en service de cardiologie ?  NON  OUI
- en service de pneumologie ?  NON  OUI
- en service de neurologie ?  NON  OUI
- en service de psychiatrie ?  NON  OUI
- en service de rhumatologie ?  NON  OUI
- en service de rééducation fonctionnelle ?  NON  OUI
- en service de cancérologie ?  NON  OUI
- en service de gynécologie, obstétrique, maternité ?  NON  OUI
- autres ?  NON  OUI
- b) Avez-vous eu un traitement par substances radioactives par laser, une chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie ?  NON  OUI
- c) Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ?  NON  OUI
- d) Avez-vous été accidenté ?  NON  OUI

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée : .....



4118791000

NOM : Prénom : Né(e) le :

**NON OUI Demande en cours**  
5. Etes-vous bénéficiaire d'une carte ou d'une rente d'invalidité ?  NON  OUI **Demande en cours**  
taux : ..... % depuis quand ? .....  
 Civile  Militaire motif : .....  
motif : .....

6 a) Suivez vous un **traitement** prescrit médicalement ?  NON  OUI Depuis quand ? ..... Nom des médicaments : .....  
pourquoi ? .....  
b) Recevez-vous des **soins** prescrits médicalement ?  NON  OUI Depuis quand ? ..... Nature des soins : .....  
pourquoi ? .....  
c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?  NON  OUI pourquoi ? .....  
..... fréquence mensuelle : .....  
d) Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ?  NON  OUI quand ? ..... pourquoi ? .....  
.....  
e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?  NON  OUI quand ? ..... pourquoi ? .....

7. Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ?  NON  OUI **quand ? motif :**  
Devez-vous suivre une cure ?  NON  OUI .....

8 a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années : **quand ? résultats :**  
- un électrocardiogramme ?  NON  OUI .....  
- une radiographie du thorax ?  NON  OUI .....  
- une analyse du sang ?  NON  OUI .....  
- un test de dépistage du Sida ?  NON  OUI .....  
- un test de dépistage de l'hépatite C ?  NON  OUI .....  
- un bilan de stérilité ?  NON  OUI .....  
- une densitométrie osseuse ?  NON  OUI .....  
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ?  NON  OUI **quand ? résultats :**  
(électroencéphalogramme, scanner, PET scan, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie endoscopie digestive ou bronchique, polysomnographie) .....  
lesquelles ? .....

9. Pour les femmes :  
a) Aide à la procréation ?  NON  OUI nombre de tentatives ? ..... dates : .....  
b) Grossesses antérieures avec complications ?  NON  OUI nature des complications : .....  
c) Etes-vous enceinte ?  NON  OUI de combien de mois ? .....  
Complications ?  NON  OUI nature des complications : .....  
d) Avez-vous effectué une mammographie ?  NON  OUI date : ..... résultats : .....  
précisez la classification ACR : .....

10.a) Sports pratiqués :  
b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées ?  NON  OUI nbre de verres par repas : ..... en dehors des repas : .....  
c) Tabagisme actif ?  NON  OUI année de début : ..... unités par jour : .....  
d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ?  NON  OUI lesquels ? .....  
(drogues)  NON  OUI jusqu'à quand ? .....

Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus ou ajournement lors de l'adhésion à un contrat d'assurance comportant des formalités médicales ?  OUI  NON  
Si oui quand ..... pour quel motif.....

**Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé.**  
**Conformément à l'article L. 113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.**

Fait à ..... le .....  
Signature de la personne à assurer :

**(1) Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu opératoire, le compte-rendu histologique ou anatomo-pathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale.**  
**Toutefois, dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser sur le questionnaire de santé ou le rapport médical lui-même le type de hernie et la date de l'intervention.**

Art. L. 113-8 – Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou 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.