

N° adhérent :

Questionnaire de Santé

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Le questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire (voir enfants au verso) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

		Adhérent(e)			Conjoint		
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
1	Tension artérielle : / /		
2	Consommation d'alcool par jour, en verre (20 cl) :	vin bière autres			vin bière autres		
3	Taille / Poids :	taille cm poids kg			taille cm poids kg		
		Oui	Non	Si oui, précisez	Oui	Non	Si oui, précisez
4	Avez-vous été réformé du service militaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :
5	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de cigarettes par jour ?
6	Vos parents sont-ils décédés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Age et motif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Age et motif :
7	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date présumée de l'accouchement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date présumée de l'accouchement :
8	Avez-vous des déficits auditifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
9	Avez-vous une affection oculaire ou une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
10	Avez-vous été victime d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des lésions, date et suites :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des lésions, date et suites :
11	Etes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :
12	Avez-vous eu des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical exact, date et suites :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical exact, date et suites :
13	Avez-vous été hospitalisé(e) ou en cure thermale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical exact, date et suites :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical exact, date et suites :
14	Avez-vous dû interrompre votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date et suites :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date et suites :
15	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement régulier ou une rééducation particulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits :
16	Etes-vous astreint(e) à des bilans répétés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels, motif et périodicité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels, motif et périodicité ?
17	Consultez-vous régulièrement votre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, nombre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, nombre :
18	Avez-vous eu ou avez-vous d'une manière chronique l'une des affections suivantes :	Nature exacte, date début et fin et suites :			Nature exacte, date début et fin et suites :		
	- Cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Neuro ou psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Du système sanguin ou ganglionnaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Pulmonaire (asthme, bronchite chronique, tuberculose) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Génito urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Grossesse pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arthrose, lombalgie, goutte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Diabète, troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Affection due à une immuno-déficience acquise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Autres affections à déclarer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	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, dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Envisagez-vous :	Joindre impérativement un devis dentaire			Joindre impérativement un devis dentaire		
	- Une prothèse dentaire ou un acte chirurgical dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :
	- Une prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :
	- Une hospitalisation pour intervention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :
	- Une hospitalisation pour bilan médical ou chirurgical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif, date prévue :

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Vos observations particulières :

.....

.....

.....

La signature de l'adhérent

Date :

ce questionnaire est valable 3 mois à compter de sa signature