

# TÉLÉVIE Questionnaire de Santé

Répondre à l'ensemble des questions et transmettre au Service Médical sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur.

Contrat de financement

1. Nom de l'assuré :

Prénom :

Code intermédiaire :

Né(e) le :

Adresse

Localité :

Code postal :

Bureau distributeur :

Profession :

NON OUI

2. a) Avez-vous une affection de longue durée prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ?

☐ NON ☐ OUI

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 : / Variation de poids récente : kg

Motif :

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

a) une anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ?

☐ NON ☐ OUI

Taux cholestérol : g/l Taux triglycérides : g/l

b) diabète ?

☐ NON ☐ OUI

Taux glycémie : g/l HBA 1C : %

Nom de l'affection

Date de début

Commentaires

c) une maladie infectieuse ou parasitaire ?

☐ NON ☐ OUI

d) une maladie sexuellement transmissible  
Sida ou syndrome apparenté ?

☐ NON ☐ OUI

e) une maladie du sang ?

☐ NON ☐ OUI

f) une atteinte psychique ?

☐ NON ☐ OUI

g) une maladie du système nerveux ou des muscles

☐ NON ☐ OUI

h) une maladie de l'oreille, du nez de la gorge ou de l'œil ?

☐ NON ☐ OUI

i) une maladie de l'appareil cardiovasculaire

☐ NON ☐ OUI

j) une maladie de l'appareil respiratoire

☐ NON ☐ OUI

k) une maladie de l'appareil digestif ou  
des parois de l'abdomen ?

☐ NON ☐ OUI

l) une maladie de l'appareil urogénital ?

☐ NON ☐ OUI

m) une maladie de la peau ?

☐ NON ☐ OUI

n) une maladie des os ou des articulations ?

☐ NON ☐ OUI

o) une maladie du dos ou des hanches ?

☐ NON ☐ OUI

p) une infirmité, une affection congénitale ou  
acquise ou anomalie connue ?

☐ NON ☐ OUI

4 a) Avez-vous consulté, été soigné ou bénéficié d'un bilan :

Date :

Pourquoi ?

en service de médecine ?

☐ NON ☐ OUI

en service de chirurgie ?

☐ 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 subi un traitement par substances radioactives  
par laser ou une chimiothérapie ?

☐ 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 :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

|                                                                                                                                                                                                                                 | NON                      | OUI                      |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 5. Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?<br><input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | taux : _____ depuis quand ? _____<br>motif : _____              |
| 6a) Suivez-vous un <b>traitement</b> prescrit médicalement ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depuis quand ? _____ Nom des médicaments ? _____                |
| b) Recevez-vous des <b>soins</b> prescrits médicalement ?                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depuis quand ? _____ Nature des soins _____<br>pourquoi ? _____ |
| c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pourquoi ? _____<br>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 ?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pourquoi ? _____                                  |
| e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pourquoi ? _____                                  |
| 7. Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>quand ?</b> _____ <b>motif :</b> _____                       |
| Devez-vous suivre une cure ?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| 8.a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :                                                                                                                                                                         |                          |                          | <b>quand ?</b> _____ <b>résultats :</b> _____                   |
| - un électrocardiogramme ?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - une radiographie du thorax ?                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - une analyse du sang ?                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - un test de dépistage du Sida ?                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - un test de dépistage de l'hépatite C ?                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - un bilan de stérilité ?                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| - une densitométrie osseuse ?                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                                           |
| b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ?<br>(électroencéphalogramme, scanner, PET scan, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie endoscopie digestive ou bronchique, polysomnographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ lesquelles ? _____<br>résultats _____                     |
| 9. Pour les femmes :                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                                                                 |
| a) Aide à la procréation ?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nombre de tentatives ? _____ dates : _____                      |
| b) Grossesses antérieures avec complications                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nature des complications : _____                                |
| c) Etes-vous enceinte ?<br>Complications ?                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de combien de mois ? _____<br>nature des complications : _____  |
| d) Avez-vous effectué une mammographie ?                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | date : _____ résultats : _____                                  |
| 10.a) Sports pratiqués : _____                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                                                                 |
| b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées :                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nbre de verres par repas ? _____ en dehors des repas _____      |
| c) Tabagisme actif ?                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | année de début ? _____ unités par jour ? _____                  |
| d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ?<br>(drogues)                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____<br>jusqu'à quand ? _____                       |

**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 :

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.