

# Questionnaire



## MEDICAL

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adhèrent n°: \_\_\_\_\_



Pour des raisons de confidentialité, vous devez adresser le présent Questionnaire médical sous pli confidentiel au médecin conseil du délégataire de l'assureur : **April International Care France** - Service Courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 BLAN - France.

Pour toute réponse à une question nécessitant des précisions, nous vous invitons à les rédiger sur papier libre en vous référant au numéro de la question à laquelle elles se rapportent. Pour des raisons de confidentialité, veuillez les envoyer sous pli confidentiel au Médecin conseil du Service médical du délégataire.

	ADHERENT	Conjoint/ Partenaire/ Concubin	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>Nom</b>	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Prénom</b>	-----	-----	-----	-----	-----
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
Taille / poids	---,---m ---kg	---,---m ---kg	---,---m ---kg	---,---m ---kg	---,---m ---kg
Tension artérielle	-----Pa	-----Pa	-----Pa	-----Pa	-----Pa
<b>1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Depuis quelle date ?	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
Pour quel(s) motif(s) ?	-----	-----	-----	-----	-----
<b>2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous interrompu votre travail plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A quelle(s) date(s) ?	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
Pour quelle(s) durée(s)	-----	-----	-----	-----	-----
Pour quel(s) motif(s) ?	-----	-----	-----	-----	-----
Avez-vous des séquelles ?	-----	-----	-----	-----	-----
<b>3 - Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 10 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance médicale, biologique ou paramédicale ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lequel ?	-----	-----	-----	-----	-----
Pour quel(s) motif(s) ?	-----	-----	-----	-----	-----
Depuis quelle date ?	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
Quels ont été les médicaments prescrits ?	-----	-----	-----	-----	-----
Quels sont les derniers résultats ?	-----	-----	-----	-----	-----
<b>4 - Avez-vous séjourné au cours des 10 dernières années dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique, etc.) ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A quelles dates ? Pour quelles durées ?	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---
Pour quel(s) motif(s) ?	-----	-----	-----	-----	-----

	ADHERENT	Conjoint/ Partenaire/ Concubin	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>5 - Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?</b> A quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- -----
<b>6 - Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?</b> Laquelle ? Depuis quelle date ? Quel est le taux de la pension perçue ? Par quel organisme vous est-elle versée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- ----- ----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- ----- ----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- ----- ----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- ----- ----- -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----/-----/----- ----- ----- -----
<b>7 - Souffrez-vous d'une ou plusieurs des maladies suivantes :</b> 1. maladie cardio-vasculaire 2. hypertension artérielle 3. diabète 4. maladie pulmonaire 5. maladie des voies respiratoires 6. rhumatismes ostéo-articulaires 7. dépression nerveuse 8. maladie de la peau 9. affection avec perte totale de vision d'un oeil 10. stérilité 11. autres maladies (précisez)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>8 - Si vous avez consulté un dentiste ou stomatologue dans les 12 derniers mois, quelles en sont les raisons ?</b> 1. consultation de routine 2. caries 3. prothèses 4. orthodontie 5. gencives 6. esthétique 7. autres (précisez)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>9 - Votre dentiste vous a-t-il conseillé d'entreprendre des soins dentaires ou des travaux de prothèses dentaires ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>10 - Consommez-vous :</b> <b>- plus de 10 cigarettes par jour</b> <b>- plus de 2 verres de vin ou équivalent par jour ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions du présent Questionnaire de santé, et savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourront faire l'objet, respectivement, d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité d'adhésion conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demande liée à des données médicales, veuillez libeller celle-ci à l'attention du Médecin conseil, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Cedex.

Fait à Annemasse, le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Signature de l'Adhérent

