

Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

MERCI D'INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNÉES DE VOTRE COURTIER EN ASSURANCES

Nom du Cabinet d'Assurances : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____

IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : _____ Date de naissance : _____

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Profession actuelle : _____
 Description exacte de l'activité : _____

N.B. : voir questionnaires professionnels sur notre site Internet

Ou, êtes-vous demandeur d'emploi ? OUI NON

Dans quelle branche d'activité, exercez-vous votre profession ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artistique | <input type="checkbox"/> Finance | <input type="checkbox"/> Restauration hôtellerie tourisme | <input type="checkbox"/> Bâtiment et Travaux Publics | <input type="checkbox"/> Fonction publique |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Commerce et Artisanat | <input type="checkbox"/> Métiers de la mer | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Droit | <input type="checkbox"/> Transports et logistique | <input type="checkbox"/> Métiers de la terre | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

L'exercez-vous ? En travail saisonnier Activité intermittente A l'étranger – Pays concerné : _____

Votre statut : Etes-vous salarié ? OUI NON

Votre activité professionnelle implique t'elle des séjours hors de l'union européenne ? OUI NON

Si oui, complétez le questionnaire risque de séjours

Votre activité professionnelle nécessite t'elle un travail manuel ? OUI NON

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? OUI NON

Si oui, lesquels : _____

ACTIVITES SPORTIVES

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ? OUI NON

(l'activité aérienne est considérée comme telle) Si oui, précisez lesquels et leur fréquence : _____

Participez-vous à des compétitions ? OUI NON

Pratiquez-vous ces sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération ? OUI NON

N.B. : voir questionnaires sportifs sur notre site Internet

Questionnaire médical

Les réponses à ce questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Il doit être répondu de manière claire, précise et lisible à l'ensemble des questions. Vous pouvez, si vous le souhaitez répondre seul, ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil de la Société. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin Conseil de la société.

1 TAILLE : CM POIDS : KG

2 Etes-vous ? droitier gaucher ambidextre

QUESTIONS

RÉPONDRE PAR
OUI OU PAR NON

SI OUI, VEUILLEZ DONNER TOUTE PRÉCISION
(MOTIF, DATE, RÉSULTAT, ETC...)

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ? Motif : _____
Depuis quelle date : _____

4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Motif : _____
Depuis quelle date : _____
Traitement : _____

5 Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 3 semaines consécutives ? Motif : _____
Périodes : _____

6 Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un traitement de plus de 3 semaines consécutives ? Motif : _____
A quelle date : _____
Traitement : _____

7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats ont nécessité une surveillance médicale et/ou un traitement de plus de 15 jours ? (bilan sanguin, tests hépatiques, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, etc...) (joindre copie des examens) Lesquels : _____
A quelle date : _____
Motif : _____

8 Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins ou subi une intervention chirurgicale ? A quelle date : _____
Durée : _____
Motif : _____

(indiquer s'il y a eu intervention chirurgicale, joindre les comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)

