



QMED

## [QUESTIONNAIRE]

## QUESTIONNAIRE 15000 - SANTÉ

***Vous devez veiller à répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble des questions figurant sur ce questionnaire de santé, car vos déclarations vous engagent. Ce 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 peut entraîner un refus de demande d'adhésion au contrat. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. Afin de préserver leur confidentialité, si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez transmettre ce questionnaire de santé dûment complété et signé, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance.***

N° Adhérent : ..... ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.  
NOM et PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... Dossier suivi par : Le service médical

Taille : .....		Poids : .....		
		NON	OUI	COMMENTAIRES
1	Avez-vous été victime d'un accident corporel ? (précisez s'il y a des séquelles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Date : ..... Nature des blessures : ..... Séquelles : .....
2	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ? (sauf congés légaux de maternité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motif : ..... Date de début : .....
	b) Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motif : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	c) Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps ou conditions de travail pour des raisons médicales ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motif : .....
	d) Êtes-vous en invalidité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Taux : ..... Catégorie : .....
3	Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une infirmité, d'une maladie chronique ou récidivante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laquelle : ..... Date : ..... Durée : .....
4	Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel : ..... Motif : .....
5	a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé dans les 10 dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motif : ..... Dates : ..... Durée de l'hospitalisation : .....
	b) Devez-vous subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motif : ..... Dates : .....
6	Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales ou des affections disco-vertébrales ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels : ..... Localisation des lésions : ..... Depuis quand : .....
7	Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles : ..... Localisation des lésions : ..... Depuis quand : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		NON	OUI	COMMENTAIRES	
8	<b>Faire une croix dans chaque case :</b> Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection suivante : - une affection cancéreuse ? - une affection neurologique (ex : épilepsie...) ? - une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse...) ? - une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète...) ? - une affection de l'appareil digestif ? - une affection pulmonaire (ex : asthme...) ? - une affection rhumatismale (ex : lumbago, sciatique...) ? - une affection endocrinienne (ex : thyroïde...) ? - une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle*...) ? - toute autre maladie avec traitement supérieur à 30 jours (ex : affection rénale, urinaire, génitale, hépatique, maladies infectieuses...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A chaque réponse positive, indiquez :  Motifs : ..... ..... ..... ..... ..... Traitement(s) médical(aux) suivi(s) : ..... ..... ..... ..... ..... ..... Depuis quand : ..... Durée du traitement : ..... *Si oui, dernière tension artérielle connue : ...../.....	
	a) Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : ..... Quand : .....	
	b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens (urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : ..... Résultats : ..... <i>Joindre une copie des examens réalisés.</i>	
	c) Au cours des 12 prochains mois, devez-vous faire des examens (urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : .....	
	d) 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 <b>dont le résultat a été positif ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates : ..... <i>Joindre une copie des examens réalisés.</i>	
	10	- Fumez-vous ? - Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarettes/jour : ..... Nombre de cl/jour : .....
	11	Pratiquez-vous une forme d'aviation ou de sport aérien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : .....
	12	Pratiquez-vous des sports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : ..... En compétition : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					Voulez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ? <input type="checkbox"/> Oui <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Non

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.

La signature de l'assuré précédée de la mention "lu et approuvé"



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa date de signature.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419  
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 ([www.orienta.fr](http://www.orienta.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

