

Attention ! Ce questionnaire médical ne doit pas être joint au bulletin d'adhésion.

Questionnaire médical simplifié

Nom  Prénom

Numéro de Sécurité sociale  Clé

L'attention de la personne à assurer est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit, impérativement, être daté et signé.

Toutes les questions doivent comporter une réponse. Quelles que soient les réponses données vous devez les transmettre ainsi que tous documents complémentaires sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de Malakoff Médéric (enveloppe jointe).

- 1 ♦ **1** Votre taille  Votre poids  Perte de poids récente  Oui  Non  
 Votre tension artérielle  Consommation alcool/cl/jour   
 Tabac/jour (Nbre cigarettes, cigares, pipes, précisez)
- 2 ♦ **2** Pratiquez-vous des sports ou toute activité à risque ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez
- 3 ♦ **3** Séjour passé ou prévu hors d'Europe ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez lieu(x) et date(s)
- 4 ♦ **4** Etes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail ? (souffrant, même sans arrêt de travail, si sans activité ou retraité)  Oui  Non  
 Pour quelle raison :   
 Depuis quelle date :  Date prévue pour la reprise  (reprise de travail ou d'une activité normale)
- 5 ♦ **5** Au cours des 10 dernières années,  
 ► Avez-vous été hospitalisé(e) (avec ou sans intervention chirurgicale) ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez motif, année et durée :
- 6 ♦ **6** Au cours des 5 dernières années,  
 ► Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ou traitement médical de plus d'un mois ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez la cause **Maladie** Laquelle ?   
**Accident** Nature des blessures   
**Dans les deux cas,** date et durée   
 Séquelles éventuelles ?   
 ► Avez-vous subi un traitement par laser, chimiothérapie ou rayons ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez motif, année et durée :
- 7 ♦ **7** Au cours des 6 derniers mois,  
 ► Vous a-t-on prescrit des examens spéciaux en dehors de la prévention systématique ?  Oui  Non  
 (Radiologie, cardiologie, laboratoire, etc.)  
 Si oui, précisez nature, motif, date, résultats :   
  
 Joindre, si possible, copie des rapports relatifs à ces examens
- 8 ♦ **8** Avez-vous subi un test de dépistage de la séroposivité pour le virus du SIDA ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez date et résultat :
- 9 ♦ **9** Avez-vous subi un test de dépistage de l'hépatite B ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez date et résultat :   
 Avez-vous subi un test de dépistage de l'hépatite C ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez date et résultat :
- 10 ♦ **10** Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez nature et cause de ce traitement :
- 11 ♦ **11** Devez-vous, dans les prochains mois,  Oui  Non  
 ► Subir des examens médicaux ?  
 Si oui, précisez pourquoi :   
 ► Etre hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez quand et pourquoi :

Les informations demandées dans le présent questionnaire médical sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 août 2004, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander qu'il soit procédé à d'éventuelles rectifications en vous adressant par écrit au médecin conseil de Malakoff Médéric. Sauf opposition justifiée de votre part, elles feront l'objet d'un enregistrement informatique exclusivement réservé à l'usage du médecin conseil de Malakoff Médéric.

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations et avoir été informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de l'adhésion (art. L.932.16 du Code de Sécurité sociale)

Fait à  le  /  /

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

