

# QUESTIONNAIRE DE SANTE à transmettre au Médecin Conseil



## > VOTRE IDENTITE

Nom

Prénom

Nom de naissance

Adresse

Code postal     Ville

Téléphone

e-mail  @

Date de naissance       Sexe  F  M

Entreprise

Profession

### POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1. Aucune question ne doit être laissée sans réponse. Répondre par oui ou par non. Si oui, donner toutes les précisions nécessaires. Notre Médecin Conseil se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires.
2. Les réponses ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Elles doivent être écrites de la main de l'assuré.
3. Dater et signer votre questionnaire.
4. Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous êtes formellement invité à les transmettre sous pli **cacheté** portant la mention « confidentiel » à :

**Humanis**  
M. Le Médecin Conseil Humanis

## > QUESTIONS PREALABLES

Taille  cm Poids  kg

## > REPONDEZ OUI OU NON DANS CHAQUE CASE, SI OUI, COMPLETEZ

QUESTIONS	OUI	NON	Précisions : date, nature exacte ou motif, traitement, évolution...
1. Actuellement, • Etes-vous en arrêt de travail ? • Suivez-vous un traitement et/ou un régime pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Au cours des 10 dernières années : • Avez-vous été hospitalisé ? • Avez-vous dû interrompre votre travail pour raison de santé plus de 3 semaines continues ? • Avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement pour une durée supérieure à 3 semaines ? • Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? • Avez-vous subi des examens médicaux (radiographie, électrocardiogramme, examen de sang, examens d'urines, endoscopie) qui se sont révélés anormaux ?	<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"/>	
3. Avez-vous subi : • Un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? • Un traitement pour maladie rhumatismale, douleurs de la colonne vertébrale, lumbago ou sciatique ? • Un traitement pour troubles neuropsychologiques, dépression, surmenage, anxiété, fatigue chronique, burn out, fibromyalgie ? • Un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant sur les virus Hépatite B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ? À quelle date?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



[ suite ]

QUESTIONS	OUI	NON	Précisions : date, nature exacte ou motif, traitement, évolution...
5. Etes-vous atteint de séquelles d'accident ou de maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur (prise en charge à 100%) pour une affection longue durée ou en avez-vous fait la demande ? Présentez-vous une infirmité et/ou bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. Devez-vous prochainement effectuer un examen médical, suivre un traitement médical, subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## > ENGAGEMENT

Je soussigné(e)

- déclare avoir été informé(e) et avoir **accepté** la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de l'Assureur.
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e) que :
  1. toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité du contrat (articles L932-7, L932-16 du code de la Sécurité sociale),
  2. en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, sa résiliation en cas de refus de l'augmentation des cotisations ou, si le manquement est constaté après un sinistre, la réduction des prestations (article L932-17 du code de la Sécurité sociale).

Fait à  le

Signature de l'assuré précédée de « Lu et approuvé »

*Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil de l'Assureur. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant sur ce fichier en vous adressant par écrit au : Médecin Conseil d'Humanis, Cellule Médicale, 8 Boulevard Vauban, 59024 Lille Cedex.*



Tout questionnaire incomplet sera retourné. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant les copies de document se rapportant à votre santé (compte-rendu d'hospitalisation, d'opération, résultats d'examen médicaux, ordonnances...).