

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous pour vous ou l'un des vôtres, merci d'**apporter toutes les précisions utiles** (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée.

Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin Conseil ».

Nom et prénom de l'adhérent :

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
1. Prénom					
2. Taille (cm)					
3. Poids (kg)					
Veuillez répondre à toutes les questions et apportez les précisions demandées si nécessaires					
4. Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<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
5. Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 30 jours ?	<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
6. Avez-vous subi au cours des 10 dernières années une ou plusieurs interventions chirurgicales (sauf ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations ou de la vésicule biliaire) ?	<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
7. Devez-vous prochainement subir une intervention ?	<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
8. Avez-vous séjourné au cours des 10 dernières années dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?	<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
9. Devez-vous le faire prochainement ?	<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
10. Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?	<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
11. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ?	<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
12. Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale par la Sécurité sociale ?	<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

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
13. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	<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
14. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15 % ?	<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
15. Êtes-vous en cours ou en prévision d'un traitement dentaire ?	<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
16. Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ? - plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	<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
17. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...) ? - Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	<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 -----
18. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? - Si oui, quand ?	<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 soussigné certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association (étant entendu que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction des garanties s'il est fait la preuve d'une fausse déclaration).

Fait à _____ le __ / __ / 20__

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé ».

Après acceptation de l'Assureur (sachant qu'en fonction de vos déclarations et des garanties souhaitées, il peut vous être demandé des pièces médicales complémentaires), vous recevrez un certificat d'assurance qui vous donnera les conditions de garanties et de cotisations qui vous sont applicables : à ce certificat seront jointes les conditions générales correspondant à votre contrat, également disponibles en ligne sur www.asfe-expat.com

