QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
APICIL Dépendance

Questionnaire de santé à compléter obligatoirement par la personne proposée à l'assurance. Tout questionnaire incomplet ou raturé sera systématiquement retourné.

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Votre taille : .....cm Votre poids : .....kg

N.B. : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de documents se rapportant à votre santé (compte rendu d'hospitalisation, d'opérations, résultats d'examens médicaux, ordonnances ....)

Si vous portez des verres correcteurs :

- quel est votre degré de vision avant correction ? œil droit /10 : ..... œil gauche /10 : .....
- quel est votre degré de vision après correction ? œil droit /10 : ..... œil gauche /10 : .....
- ou quelle est votre correction (en dioptries) ? œil droit : ..... œil gauche : .....

Répondez OUI ou NON dans chaque case : si OUI, complétez

1 - Etes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ? ☐ Précisez la structure ..... Depuis quand ? .....

2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ? ☐ Depuis quand ? .....

3 - Etes-vous atteint(e) d'une infirmité, d'une maladie chronique, d'affections récidivantes et/ou présentez-vous des séquelles d'accident, un handicap congénital ? ☐ Précisez ? ..... Depuis quand ? .....

4 - Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? **(joindre justificatif)** ☐ Pourquoi ? Quand ? ..... Taux : .....

5 - Avez-vous été traité(e) (avec ou sans hospitalisation) en : Pourquoi ? Quand ? Durée ?

- Cardiologie ..... ☐ .....
- Pneumologie ..... ☐ .....
- Neurologie ..... ☐ .....
- Rhumatologie ..... ☐ .....
- Médecine ..... ☐ .....
- Chirurgie ..... ☐ .....
- Neuropsychiatrie ou pour dépression nerveuse ou autres troubles nerveux ? ..... ☐ .....

6 - Avez-vous eu : ..... Pourquoi ? Quand ? Durée ?

- un traitement par radiation, ou cobalt et/ou chimiothérapie ? ..... ☐ .....
- une transfusion sanguine ? ..... ☐ .....
- d'autres traitements (d'une durée supérieure à 1 mois) ? ..... ☐ .....

Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) ces 10 dernières années

7 - D'une affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, malformation ...) ? ☐ Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

8 - D'une affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire ...) ? ☐ Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

9 - D'une affection neurologique (Parkinson, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie .....) ? ☐ Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

10 - D'une affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire, confusion, désorientation, troubles de la parole ...) ? ☐ Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

11 - D'une affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose de hanche, arthrose des genoux, rhumatismes, troubles de la marche ...) ? Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

12 - D'une affection des organes des sens (troubles de l'audition, vertiges, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie ...) ? ☐ Laquelle ? ..... Date d'apparition ? ..... Date et nature du traitement ? ..... Date et nature de l'intervention chirurgicale éventuelle ? .....

13 - D'autres affections, (digestive, urinaire, rénale, hormonale, cutanée, déficience immunitaire ...) ? ☐ Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....

14 - Consultez-vous régulièrement votre médecin et/ou suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ? **Joindre copie de vos dernières ordonnances** ☐ Pourquoi ? ..... Depuis quand ? ..... Nature du traitement ? .....

15 - Allez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement, subir des examens de laboratoire ou d'autres examens ? ☐ Pourquoi ? ..... Quand ? ..... Lequel ? .....

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je certifie n'avoir rien caché qui puisse gêner l'appréciation de mon état de santé sous peine de nullité de l'adhésion, conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances. « Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre ». La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir ultérieurement, la décision de l'assureur pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales.

Fait à ..... **Signature précédée de la mention "lu et approuvé"**

le .....

❑ APICIL Dépendance

Nom et Prénom de l'assuré : .....

A l'attention du Médecin Conseil
Acceptation Médicale Adhésion Individuelle

Document à joindre *impérativement*
à votre demande d'adhésion

Réf : 7021.2 B - Questionnaire Santé APICIL Dépendance - 05/06 -05/09 - 2 000 ex.