

QUESTIONNAIRE MEDICAL-PROFIL DE SANTE- ASSURANCE MALADIE GROUPE

Veuillez répondre à toutes les questions

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2eme enfant	3em enfant	4eme enfant	5eme enfant	6eme enfant
1/ Taille								
2/ Poids								
3/ Etes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident								
4/Au cours de 10 dernières années, avez-vous subi a- Une intervention chirurgicale b- Un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?								
5/ Avez-vous grossi ou maigri de 5kg depuis 6 mois ? si oui combien ?								
6/ Etes vous vous actuellement en bonne santé ?								
7/ Avez-vous un défaut de constitution, une infirmité ou une maladie chronique ? si oui précisez la nature.								
8/ Avez-vous dans le passé été atteint d'affection pulmonaires, nerveuses, cardiaque, rénale, d'albumine, de diabète ?								
9/ Suivez-vous actuellement un traitement ?								
10/ souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladie de foie, de cancer, d'organes sexuels ?								
11/ Avez-vous été victime des accidents ou été opéré ? donnez les détails								
12/Indiquez vos maladies antérieures et l'époque à laquelle vous les avez contracté.								
13/ Avez-vous été atteint de la maladie telle que : paludisme, fièvre jaune, typhoïde, amibiases, parasitose etc ...								
14/ Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'éruption cutanées, ganglions anormaux, de diarrhée chronique, fièvre prolongée et non expliquée ?								
15/ Avez-vous subi un check-up, un médecin généraliste ou un laboratoire ? si oui précisez les noms, dates et adresse.								

NB : si les informations que vous avez bien voulu fournir sur ce questionnaire donnent lieu à des questions supplémentaires concernant votre état de santé, un questionnaire vous sera adressé afin de compléter et d'approfondir cette évaluation. Nous nous réservons le droit de vous envoyer chez notre médecin conseil.

Je soussigné, déclare que toutes ces informations sont exactes.

Je certifie avoir signalé toutes les maladies et infirmités actuelles et antérieures dont j'ai pu avoir connaissance, pour moi-même et ma famille même si les affections n'ont pas données lieu à un traitement médical.

J'autorise tout médecin, clinique compagnie d'assurance ou toute autre organisation à un traitement à donner à la compagnie toutes les informations qu'il possède sur moi et mon état de santé actuel et les examens subis.

Fait à le

Signature du souscripteur ou de l'assuré.