

Siège social : Cocody, 2 Plateaux - ENA Non loin de la société IDT Téléphone : +225 27 23 55 05 30 / 01 41 21 44 44

QUESTIONNAIRE MEDICAL

OUSCRIPTEUR													
SSURE PRINCIPAL													
IUMERO DE TELEPHON	IE DE L'ASSURE PRINCIPAL												
	IE DU CONJOINT									••••••		••••••	
											•••••		
OMMUNE/VILLE			/FOI	RMULE C	HOISIE :					•••••			
STATUT	Noms et Prénom(s)	Date	e naissance	Gro	upe sanguin		Num	éro CI	MU		Date d'inc	orporation	on
ASSURE (E)	·												
CONJOINT (E)													
ENFANT 1													
ENFANT 2													
ENFANT 3													
ENFANT 4													
Ć	COCHEZ LA ZONE DE GAUCHE SI "OUI" OU					EZ PAR		V" PC		AVEC			
MODE DE VIE		OUI	SURE(E) NON	OUI	NJOINT(E)	OUI	ENFANT 1 NON	OUI	ENFANT 2 NON	OUI	ENFANT 3 NON	OUI	NON
	Votre profession	001	14014	001	HON	001	NON	001	HON	001	NON	001	HON
	Fumez vous ?												
	Consommez vous de l'alcool ?			Ħ		H							
ETAT DE SANTE DEPU	UIS 2 ANS	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	Fièvre non expliquée à répétition												
Avez-	vous perdu du poids ? Si oui, pourquoi ?												
Avez-vous o	de la diarrhée ou de la dysenterie fréquente ?												
Avez-vou	s souvent des vertiges ou des palpitations ?												
	s des soucis de toux ou de gêne respiratoire	$\overline{\Box}$		$\overline{\Box}$		H							
						H				H			
Avez	-vous une gêne à uriner correctement ?			Ш								Ш	
	été hospitalisé(e) pour la dernière fois et pour quelle maladie ?												
Quand avez-vous sul	bi(e) une opération chirurgicale et pour quelle raison ?												
CŒUR		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	Hypertension artérielle												
	Essouflements					Ш				Щ			
	Insuffisance cardiaque												
POUMONS	Asthme	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
		\overline{H}		H		H				H			
	Bronchite chronique Pneumonie			H		H				H			
	rneumome	Ш		Щ	<u> </u>	Щ				H			
	Tuberrules												
ORI	Tuberculose	OU	NON	0'''	NON	0'''	NON	0111	NON	Cit	NON	0'''	NON
ORL		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
ORL	Surdité	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON .	OUI	NON	OUI	NON
ORL		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

YEUX	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Portez vous des lunettes ? Ou êtes vous Myope, Astigmate, Hypermétrope		NON	001	NON	001	NON	001	NON	001	NON	001	NON
ou autres	Ш		Ш		Ш		Ш				Ш	
Cataracte												
Glaucome												
SYSTÈME DIGESTIF	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
		NON		NON	001	1 NON		NON	001	NON		NON
Ulcère gastrite	Ш		Щ		Щ		Ш		Щ		Ш	
Hépatite												
Cirrhose												
			H		H		H		=		H	
Crise d'appendicite	Ш		Ш		L		Ш		Ш		Ш	
Hémorroïdes												
Hernie Ombilicale												
Hernie Inguinale			Ħ		H				H		H	
-	Ш		ш		Ь		ш		ш		Ш	
BOUCHE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Avez-vous des caries dentaires ?	Ш		Ш								Ш	
Avez-vous une ou plusieurs dents absentes ? Si oui précisez le nombre SVP ! Avez-vous une ou plusieurs prothèses dentaires ? Si oui précisez le nombre SVP !												
REINS ET VESSIES	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Calculs			Ш		L		Ш		Ш			
Coliques néphrétiques												
Bilharioze			一		T		m		m			
			H		H		H				H	
Insuffisance Rénale	Щ		Щ		L				Ш		Ш	
Cancer de la prostate												
ORGANES GENITAUX	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Stérilité												
Filmon			Ħ		H				H		H	
Fibrome	Щ		닏		Ŀ		\sqsubseteq		Щ		Щ	
Kyste ovaire							Ш					
Cancer du col												
GYNECOLOGIE												
Avez-vous déjà fait de fausses couches ? Si oui combien de fois ? Êtes vous actuellement enceinte ? Si oui, depuis combien de mois ? GLANDES ENDROCRINES												
Diabète, depuis quand ?												
Goitre, depuis quand ?												
SANG ET GANGLIONS	OUI	NON	OUI			NON	OUI	NON			OUI	NON
Anémie			_	NON	OUI				OUI	NON	001	
Drépanocytose				NON	OUI				OUI	NON		
				NON	OUI				OUI	NON		
Leucémie				NON	OUI					NON		
os												
Rhumatisme	OUI	NON	OUI	NON	OUI		OUI		OUI	NON	OUI	NON
	OUI						OUI					NON
Goutte	OUI						OUI					NON
Goutte	OUI						OUI					NON
Goutte Arthrose		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX	OUI OUI					NON	OUI	NON				NON NON
Goutte Arthrose		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole Amnésie		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole Amnésie MALFORMATIONS CONGENITALES Souffrez vous d'une malformation congénitale ? Si oui, depuis quand ? Et comment est-elle survenue ? (Par maladie ou accident ?)		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole Amnésie MALFORMATIONS CONGENITALES Souffrez vous d'une malformation congénitale ? Si oui, depuis quand ? Et comment est-elle survenue ? (Par maladie ou accident ?)		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole Amnésie MALFORMATIONS CONGENITALES Souffrez vous d'une malformation congénitale ? Si oui, depuis quand ? Et comment est-elle survenue ? (Par maladie ou accident ?)		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	
Goutte Arthrose SYSTÈME NERVEUX Paralysie Epilepsie Convulsions Dépression Trouble du comportement Trouble de la parole Amnésie MALFORMATIONS CONGENITALES Souffrez vous d'une malformation congénitale ? Si oui, depuis quand ? Et comment est-elle survenue ? (Par maladie ou accident ?)		NON	OUI	NON	OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI	

	T	T	T		T	T
VACCINS EFFECTUES						
Est-ce que les vaccins des enfants sont à jour ? Si oui, fournir la copie des carnets de vaccins. Pour les formules TIAM et TECK uniquement						
PRISE DE MEDICAMENTS						
MEDICAMENT(S) ET QUANTITE	POSOLOGIE	PATHOLOGIE	DUREE DU TRAITEMENT	DATE DE RENOUVELEMENT	BENEFICIAIRE(S)	BENEFICIAIRE(S)
TAILLE						
POIDS						
TENSION ARTERIELLE						

Le proposant déclare que les réponses au présent questionnaire sont exactes et sincères et accepte qu'elles servent de base à la Police SANTÉ à établir; étant précisé que toute réticence ou fausse déclaration est susceptible d'entraîner des difficultés dans l'application des garanties prévues par le contrat. Il certifie également qu'aucune assurance semblable n'a été refusée ou rectifiée par une autre Compagnie ou un autre Gestionnaire.

Fait à Abidjan

La proposition doit être entièrement remplie et signée de la main du proposant, précédée de la mention << Lu et Approuvé>>.

LE PROPOSANT