

QUESTIONNAIRE MEDICAL

STATUT	Noms et Prénom(s)	Date naissance	Groupe sanguin	Numéro CMU	Date d'incorporation
ASSURE (E)					
CONJOINT (E)					
ENFANT 1					
ENFANT 2					
ENFANT 3					
ENFANT 4					

[illegible]

YEUX	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Portez vous des lunettes ? Ou êtes vous Myope, Astigmat, Hypermétrope ou autres...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cataracte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Glaucome	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SYSTÈME DIGESTIF	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Ulcère gastrique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hépatite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cirrhose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crise d'appendicite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hémorroïdes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hernie Omphalique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hernie Inguinale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BOUCHE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Avez-vous des caries dentaires ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Coliques néphrétiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bilharziose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insuffisance Rénale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cancer de la prostate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ORGANES GENITAUX	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Stérilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fibrome	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kyste ovarien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 ENDOCRINES												
Diabète, depuis quand ?												
Goitre, depuis quand ?												
SANG ET GANGLIONS	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Anémie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drépanocytose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leucémie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
OS	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Rhumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Goutte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arthrose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SYSTÈME NERVEUX	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Paralysie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epilepsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Convulsions	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dépression	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trouble du comportement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trouble de la parole	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amnésie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MALFORMATIONS CONGÉNITALES						
Souffrez vous d'une malformation congénitale ? Si oui, depuis quand ? Et comment est-elle survenue ? (Par maladie ou accident ?)						
CANCER - SIDA						
Portez vous le virus du VIH-SIDA ? Si oui, depuis quand ?						
AUTRES MALADIES						
Souffrez vous d'une ou plusieurs maladies ne figurant pas sur ce bulletin ? Si oui, nous les citer SVP !						

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

LE PROPOSANT