



À remettre au médecin Conseil Solly Azar sous pli confidentiel (au moyen de l'enveloppe ci-jointe).

En cas de réponse positive à l'une des questions comportant le pictogramme suivant  , un questionnaire complémentaire doit être rempli par votre médecin traitant.

Pour l'obtenir immédiatement, vous pouvez :

- soit contacter notre plateforme médicale dédiée au 01 49 45 61 34 en indiquant le numéro du questionnaire qui suit le pictogramme,
- soit vous connecter sur [www.mesquestionnaires.com](http://www.mesquestionnaires.com) pour le télécharger.

Quelles que soient les réponses apportées à ce questionnaire, celui-ci doit être rempli en totalité, daté et signé par le proposant :

## 1. Situation familiale :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
 Adresse : ..... Situation de famille : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Profession : .....

## 2. État de santé :

NON OUI

- a) Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % pour une affection (ordonnance spéciale)  NON  OUI Depuis quand : .....  
 Pour quel(s) motif(s) : .....
- b) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ?  NON  OUI Depuis quand : .....  
 Pour quel(s) motif(s) : .....
- c) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?  NON  OUI Quand : ..... Durée : .....  
 Pourquoi : .....
- d) Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids usuel : \_\_\_\_\_ kg Variation de poids récente : \_\_\_\_\_ Motif : .....
- e) Tension artérielle habituelle : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Est-elle traitée ?  NON  OUI  N°1

## 3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

NON OUI

Nom de l'affection ou de la maladie : début ? Durée ?  
 Date de guérison ? Séquelles ? Commentaires.

- a) Maladie infectieuse ou parasitaire ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- b) Maladie sexuellement transmissible, Sida ou syndrome apparenté ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- c) Anomalie des lipides ?  NON  OUI Taux cholestérol : \_\_\_\_\_  
 Taux triglycérides : \_\_\_\_\_  
 Taux glycémie : \_\_\_\_\_
- d) Diabète ?  N°2  NON  OUI HBA 1C : \_\_\_\_\_
- e) Maladie de la thyroïde ?  N°3  NON  OUI \_\_\_\_\_
- f) Atteinte psychique ?  N°4  NON  OUI \_\_\_\_\_
- g) Maladie du sang ?  N°5  NON  OUI \_\_\_\_\_
- h) Maladie tumorale ?  N°6  NON  OUI \_\_\_\_\_
- i) Maladie des ganglions ou du système lymphatique ?  N°7  NON  OUI \_\_\_\_\_
- j) Maladie du système nerveux ou des muscles ?  
 a- Sclérose en plaques.....  N°8  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 b- Épilepsie.....  N°9  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 c- Autres.....  N°10  NON  OUI \_\_\_\_\_
- k) Maladie de l'oreille, du nez ou de la gorge ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- l) Trouble de la vision ou maladie des yeux ?  N°11  NON  OUI \_\_\_\_\_
- m) Maladie de l'appareil cardiovasculaire ?  
 a- Maladie du cœur ou insuffisance coronarienne..  N°12  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 b- Maladie des artères ou des veines.....  N°13  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 c- Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire.....  N°14  NON  OUI \_\_\_\_\_
- n) Maladie de l'appareil respiratoire ?  
 a- Asthme.....  N°15  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 b- Autres.....  N°16  NON  OUI \_\_\_\_\_
- o) Maladie de l'appareil digestif ?  
 a- Maladie du foie/hépatites .....  N°17  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 b- Maladie inflammatoire du colon.....  N°18  NON  OUI \_\_\_\_\_  
 c- Autres  NON  OUI \_\_\_\_\_
- p) Maladie de l'appareil rénal ou urinaire.....  N°19  NON  OUI \_\_\_\_\_

NON OUI

- q) Maladie de peau  NON  OUI \_\_\_\_\_
- r) Maladie des os ou des articulations ?.....   NON  OUI \_\_\_\_\_
- s) Maladie du dos ou des hanches ?.....   NON  OUI \_\_\_\_\_
- t) Une infirmité, une affection congénitale ou acquise ou anomalie connue ?  NON  OUI \_\_\_\_\_

**4. Avez-vous :**

NON OUI

**Nom de l'affection : Quand ? Pourquoi ? Commentaires**

- a) Été hospitalisé, opéré, ou fait un séjour en service de rééducation fonctionnelle ou de psychiatrie ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- b) Subi un traitement par substances radioactives, par laser ou une chimiothérapie ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- c) Reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ?  NON  OUI \_\_\_\_\_
- d) Été accidenté ?  NON  OUI \_\_\_\_\_

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée : \_\_\_\_\_

**5. Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?**

NON OUI

- Sécurité sociale  Accident du travail  NON  OUI Taux : \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_
- Civile  Militaire Motif : \_\_\_\_\_

**6. Traitements**

NON OUI

- a) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ?  NON  OUI Nom des médicaments : \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_
- b) Recevez-vous des soins prescrits médicalement ?  NON  OUI Pourquoi ? \_\_\_\_\_
- c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?  NON  OUI Pourquoi ? \_\_\_\_\_ Fréquence mensuelle : \_\_\_\_\_
- d) Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ?  NON  OUI Quand ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_
- e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?  NON  OUI Quand ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

**7. Vous a-t-on informé que dans les 6 mois à venir, vous devrez être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens médicaux ou bilan de santé ?**

NON OUI

- NON  OUI Quand ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

**8. Bilan de santé**

NON OUI

- a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :
  - un électrocardiogramme  NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ Résultats: \_\_\_\_\_
  - une radiographie du thorax  NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ Résultats: \_\_\_\_\_
  - une analyse de sang  NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ Résultats: \_\_\_\_\_
  - un test de dépistage du Sida  NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ Résultats: \_\_\_\_\_
  - un test de dépistage de l'hépatite C ou l'hépatite B  NON  OUI Lequel : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_ Résultats: \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ? (électroencéphalogramme, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie, endoscopie digestive)  NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ lesquelles: \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

**9. Assurance**

NON OUI

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà fait l'objet de conditions particulières (surprime/exclusion) ou d'un refus ou ajournement lors de l'adhésion à un contrat d'assurance comportant des formalités médicales ?.....   NON  OUI Quand : \_\_\_\_\_ lesquelles : \_\_\_\_\_ Raisons : \_\_\_\_\_

**10. Pour les femmes**

NON OUI

- a) Avez-vous eu des grossesses antérieures avec complications ?  NON  OUI Nature : \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous effectué une mammographie ?  NON  OUI Date : \_\_\_\_\_ Raisons : \_\_\_\_\_

**11. Habitudes**

NON OUI

- a) Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées ?  NON  OUI Nombre de verres par repas : \_\_\_\_\_ En dehors des repas \_\_\_\_\_
- b) Fumez-vous ?  NON  OUI Année de début : \_\_\_\_\_ Unités par jour : \_\_\_\_\_
- c) Faites-vous usage de stupéfiants (drogues) ?  NON  OUI Lesquels : \_\_\_\_\_ Jusqu'à quand : \_\_\_\_\_

Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu histologique ou anatomopathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles avec le questionnaire spécifique complété par votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas requis dans le cas d'une opération pour appendicite, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale.

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance. Art. L. 113-8 - Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou 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'option pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer :