

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



C: COURTAGE
17 villa du Petit Parc
84000 CRETEIL



TELEVIE

Questionnaire de santé

A remettre au Médecin Conseil de TELEVIE sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur habituel.

Réf. 41.18.79/1 - 04/2004

Page : 1/2

Contrat :

Code intermédiaire :

1. NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Situation de famille : _____
 Adresse : _____ Localité : _____
 Code postal : _____ Bureau distributeur : _____ Profession : _____



4118791000

2. 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) Etes-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 Tension artérielle habituelle : _____ / _____
 Variation de poids récente : _____ kg Motif : _____

3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Nom de l'affection ou de la maladie: début ? durée ? date de guérison ? séquelles ? commentaires.

	NON	OUI	
a) une maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) une maladie sexuellement transmissible Sida ou syndrome apparenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) une anomalie des lipides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux cholestérol : _____ Taux triglycérides : _____
d) diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux glycémie : _____ HBA 1C : _____
e) une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) une atteinte psychique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) une maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i) une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j) une maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k) une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
l) une maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m) une maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
n) une maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
o) une maladie du dos ou des hanches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p) une infirmité, une affection congénitale ou acquise ou anomalie connue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. a) Avez-vous consulté, été soigné ou bénéficié d'un bilan ?

	NON	OUI	date :	pourquoi ?
en service de médecine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de cardiologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de pneumologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de neurologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de psychiatrie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de rhumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ou de rééducation fonctionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service de cancérologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
en service d'obstétrique-maternité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____



	NON	OUI	Nom de l'affection : quand ? pourquoi ? commentaires.
b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, par laser ou une chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée			
5. Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	taux : _____ depuis quand ? _____ motif : _____
<input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire			_____
6. a) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des médicaments _____ _____ depuis quand ? _____
b) Recevez-vous des soins prescrits médicalement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pourquoi ? _____
c) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
e) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
7. Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ motif : _____
Devez-vous suivre une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ motif : _____
8. a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :			
- un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
- une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
- une analyse du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
- un test de dépistage du Sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
- un test de dépistage de l'hépatite C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
- un bilan de stérilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ résultat : _____
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ? (électroencéphalogramme, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie, endoscopie digestive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ lesquelles ? _____ résultats : _____
9. Pour les femmes :			
a) Aide à la procréation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre de tentatives ? _____ dates : _____
b) Grossesses antérieures avec complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nature des complications : _____ _____
c) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de mois ? _____ nature des complications : _____
d) Avez-vous effectué une mammographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	date : _____ résultats : _____
10. a) Sports pratiqués : _____			
b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nbre de verres par repas ? _____ en dehors des repas ? _____
c) Tabagisme actif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	année de début ? _____ unités par jour ? _____
d) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? (drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____

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.

Fait à _____ le _____

Signature de la personne à assurer

Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu opératoire, le compte-rendu histologique ou anatomopathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale. Toutefois dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser sur le questionnaire de santé ou le rapport médical lui-même le type de hernie et la date de l'intervention.

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'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.