

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 1 NOM :		PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>
<p>Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire de moins d'un an, infarctus du myocarde de moins d'un an, sida déclaré ou une sérologie positive, hépatites C, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt APRIL et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.</p>			
		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :	
1	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille : cm	Poids : kg
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
8	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :		
	a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>

ASSURÉ(E) 1 NOM : **PRÉNOM :** **DATE DE NAISSANCE :**


<p>b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
<p>c) Ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
<p>d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e) Articulaires : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>h) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>i) Endocrin-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 2 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire de moins d'un an, infarctus du myocarde de moins d'un an, sida déclaré ou une sérologie positive, hépatites C, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt APRIL et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.

		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :	
1	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille : cm Poids : kg	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
8	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :		
	a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>

ASSURÉ(E) 2 NOM : **PRÉNOM :** **DATE DE NAISSANCE :**


<p>b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
<p>c) Ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
<p>d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e) Articulaires : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>h) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>i) Endocrin-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.