



APICIL

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

à remplir obligatoirement et à joindre à la demande d'affiliation.

(Le participant doit répondre, par OUI ou par NON, sans rature ni surcharge à chaque question.)

Nom - Prénom
 Profession Né(e) le
 Taille Poids Droitier Gaucher
 Votre tension artérielle : inconnue connue Mini : Maxi : Date de la dernière prise
 Acuité visuelle avant correction : Oeil Droit : / 10 Oeil Gauche : / 10 Si correction, joindre ordonnance.
 Pratiquez-vous un sport ? OUI NON lequel en compétition : OUI NON
 Fumez-vous ? OUI NON Nombre de cigarettes / jour :
 Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON Nombre de verres / jour :

En cas de réponse positive, donnez les précisions en utilisant si nécessaire une feuille annexe, le tout sous pli confidentiel fermé.

Encoller et plier les bords du questionnaire médical.

	OUI	NON	
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quelle date :
2 - Avez-vous dû interrompre aux cours des 10 dernières années votre travail plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs : Date : Durée :
3 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi un ou plusieurs traitements médicaux ou régimes au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Date :
4 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi au cours des 10 dernières années des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Motifs : Dates :
5 - Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date prévue : Motifs :
6 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séroposivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ou sérologie anticorps anti-hépatite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Résultats : Dates :

Avez-vous eu au cours des 10 dernières années ou êtes-vous atteint d'une ou plusieurs affections suivantes :

7 - cardio-vasculaire (hypertension, infarctus, varices, artérite, phlébite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date :
8 - respiratoire (asthme, allergie, bronchite, tabagisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date :
9 - neurologique ou psychiatrique (anxiété, surmenage, dépression nerveuse, épilepsie, vertige, spasmophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :
10 - digestive (gastrite, ulcère, colite, hépatite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :
11 - rénale, urinaire et gynécologique (coliques néphrétiques, sang ou sucre dans les urines, infection urinaire, fibrome...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :
12 - endocrinienne, métabolique (diabète, goitre, cholestérol, triglycérides...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :
13 - ostéoarticulaire (fracture, arthrose, douleur vertébrale, sciatique, tassement vertébral, hernie discale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :
14 - sanguine ou ganglionnaire (anémie, hémorragie, atteinte de la rate...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date :
15 - infectieuse (paludisme, brucellose, hépatite, maladie sexuellement transmissible...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date :
16 - autres affections (maladie de peau, atteinte de la vision, de l'audition, malformation, hernie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : séquelles : Date :

17 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'accident, de maladie, de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : Motif médical :
- Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : Taux :
18 - Avez-vous été exempté ou réformé du service national ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :
19 - Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
20 - Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une exclusion ou d'une surprime lors d'une demande d'assurance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Date :

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir ultérieurement, la décision de l'institution pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à atténuer l'importance du risque, entraîne la nullité du contrat (art. L932-7 du code de la Sécurité sociale).

J'atteste l'exactitude et la sincérité des réponses que j'ai formulées et n'avois rien dissimulé qui puisse tromper l'assureur.

Fait à : le :

Signature du participant

Précédée de la mention « lu et approuvé »

CONFIDENTIEL

SECRET MEDICAL

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire médical, merci de transmettre sous pli cacheté la demande individuelle d'affiliation avec le questionnaire médical à :

**GROUPE APICIL
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL**

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :