

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Les réponses doivent être obligatoirement écrites ou saisies de la main de la personne à assurer. Afin de préserver la confidentialité des renseignements médicaux, la personne à assurer doit adresser le présent questionnaire sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil : BPSIs – Médecin conseil – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris.

Si plusieurs réponses sont nécessaires, merci de les mentionner et les préciser dans l'encadré prévu à cet effet en fin de document.

Assuré :

Nom Prénom :

Date de naissance : / / N° d'adhérent :

Taille (en cm) : Poids (en kg) :

Si, vous êtes fumeur (vous avez fumé au cours des deux dernières années, même occasionnellement et y compris des cigarettes électroniques contenant de la nicotine) :

Consommation par jour actuelle : Consommation par jour antérieure :

Votre situation vis-à-vis des organismes sociaux		Oui	Non	Commentaires
1	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle date ? / / Pourquoi ? A quel taux / quelle catégorie ? Organisme qui verse la prestation :
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? Depuis quand ?
3	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand ? (mm/aaaa) Durée :
4	Etes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des dix dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? Quand ? (mm/aaaa) Durée :
Votre situation médicale et vos antécédents médicaux				
5	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) ? Pourquoi ? Depuis quand ?
6	Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, la ou lesquelles ? Date(s) : Durée(s) : Séquelles ?
Situation passée :				
7	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand ? (mm/aaaa) Durée :
8	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? Quand ? (mm/aaaa) Durée :
9	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Date(s) : Résultats :
10	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyse de sang, radiographie, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? Quand ? (mm/aaaa) Durée de traitement ou de surveillance :
11	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) ? Date(s) : Résultats :

		Oui	Non	Commentaires
12	Au cours des 12 derniers mois avez-vous :			
	a) réalisé un bilan sanguin pour contrôler le taux de vos lipides (cholestérol, triglycérides) ou de votre sucre (glycémie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) ? Le résultat était-il dans les normes du laboratoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b) réalisé un bilan sanguin pour contrôler votre fonction hépatique (transaminases, gamma-GT) ou votre fonction rénale (créatinine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) ? Le résultat était-il dans les normes du laboratoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	c) consulté un médecin pour un contrôle cardio-vasculaire (ex : hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? Résultats :
	d) consulté un médecin (hormis dans le cadre de la médecine du travail ou du suivi gynécologique systématique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ?
Situation future				
13	Au cours des 12 prochains mois, à votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e) ou subir une intervention chirurgicale, un bilan ou des investigations médicales à visée diagnostique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quand ? (mm/aaaa) Durée : Pourquoi ?

Les données médicales personnelles sont exclusivement utilisées pour l'étude et le traitement du dossier par BPSIs (gestionnaire du contrat), l'Assureur (responsable du traitement), les réassureurs et leurs prestataires, dans le strict respect du secret médical. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée. Le responsable du traitement des données médicales personnelles contenues dans ce document est le médecin conseil de BPSIs, auprès duquel la personne concernée peut exercer ses droits d'accès et de rectification prévus par la loi dite « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 (BPSIs – à l'attention du médecin conseil – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris).

Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par BPSIs, l'Assureur, les réassureurs et leurs prestataires.

Réponses complémentaires

.....

.....

.....

.....

.....

« Je certifie l'exactitude de toutes les informations renseignées dans la demande d'adhésion ainsi que l'exactitude de toutes les réponses apportées au(x) questionnaire(s). Je déclare avoir connaissance des conséquences relatives aux fausses déclarations intentionnelles ou non intentionnelles, réticences et omissions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du code des assurances. »

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer :