

- CONFIDENTIEL - Questionnaire médical HPLUS 100/200

Ajoutez ce document complété et signé à la proposition d'assurance. Un questionnaire doit être complété par chaque personne à assurer. Si le candidat-assuré n'a pas encore 18 ans, les parents ou le représentant légal complètent son questionnaire et le signent. Veuillez répondre à TOUTES les questions.

A compléter par le candidat-assuré ou son représentant légal

Données personnelles du candidat-assuré :

Complétez ou collez une vignette bleue :

Numéro de registre national : _____

Nom + prénom : _____

Rue + numéro : _____

Code postal + commune : _____

Données médicales du candidat-assuré :

Quelle est votre taille ? _____ cm Quel est votre poids ? _____ kg OUI NON

Etes-vous reconnu(e) comme invalide ou handicapé(e) ? OUI NON
Dans l'affirmative, précisez : _____

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 5 dernières années ? Prenez également en compte les hospitalisations pour raisons psychiatriques et les hospitalisations sans nuitée (hôpital de jour). OUI NON
Dans l'affirmative, pour quelle raison avez-vous été hospitalisé(e) et quand cette hospitalisation a-t-elle eu lieu ? _____

Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? OUI NON
Dans l'affirmative, lesquelles et quand ? _____

En avez-vous gardé des séquelles ou une invalidité ? OUI NON
Dans l'affirmative, lesquelles ? Quel est le pourcentage d'invalidité ? _____

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 24 derniers mois ? OUI NON
Dans l'affirmative, lesquels et pour quelle raison ? _____

Suivez-vous d'autres traitements (kiné, régime, prothèse, ...) ou en avez-vous suivis au cours des 24 derniers mois ? OUI NON
Dans l'affirmative, lesquels et pour quelle raison ? _____

Devez-vous être hospitalisé(e) dans un avenir proche ? OUI NON
Dans l'affirmative, pour quelle raison ? _____

Avez-vous été victime d'un accident ? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature et la date de l'accident. _____

En avez-vous gardé des séquelles ou une invalidité? Dans l'affirmative, quel est le pourcentage d'invalidité ? _____

Avez-vous consulté un médecin et/ou subi des examens au cours des 24 derniers mois ? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez préciser :

endoscopie dentiste examen de laboratoire orthopédique
 examen cardiaque échographie, radiographie, CT-scan, RIM, RMN, ... examen des voies respiratoires

autre, lesquels : _____
A-t-on constaté des anomalies ? _____

Avez-vous suivi un traitement par radiothérapie (rayons radioactifs) ? OUI NON

Avez-vous suivi un traitement utilisant des produits radioactifs ? OUI NON

Avez-vous suivi un traitement par chimiothérapie ? OUI NON

Quelle était la raison et la date de ces traitements? _____

Etes-vous actuellement enceinte ? OUI NON NON APPLICABLE
 Dans l'affirmative, à quelle date l'accouchement est-il prévu ? / /

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou de plusieurs affections suivantes ? Veuillez cocher la catégorie principale AINSI QUE la sous-catégorie. | |
|---|--|
| <input type="radio"/> affection neurologique ou musculaire <input type="radio"/> épilepsie <input type="radio"/> sclérose en plaques (MS) <input type="radio"/> hémorragie cérébrale <input type="radio"/> douleurs nerveuses (sciatique, ...) <input type="radio"/> maladie de Parkinson <input type="radio"/> maladie d'Alzheimer <input type="radio"/> migraine <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> affection cardio-vasculaire <input type="radio"/> hypertension <input type="radio"/> varices <input type="radio"/> crise cardiaque <input type="radio"/> trouble du rythme cardiaque <input type="radio"/> pacemaker <input type="radio"/> souffle cardiaque – valvulopathie cardiaque <input type="radio"/> sclérose artérielle <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> affection gastro-intestinale/maladie abdominale <input type="radio"/> oesophage : _____ <input type="radio"/> estomac : _____ <input type="radio"/> intestin grêle : _____ <input type="radio"/> colon : _____ <input type="radio"/> rectum/anus : _____ <input type="radio"/> foie : _____ <input type="radio"/> pancréas : _____ <input type="radio"/> vésicule biliaire : _____ <input type="radio"/> paroi abdominale – hernie inguinale – hernie ombilicale <input type="radio"/> autre: _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> affection des os et/ou articulations <input type="radio"/> disque – hernie <input type="radio"/> douleurs au cou <input type="radio"/> mal de dos – lumbago <input type="radio"/> arthrose <input type="radio"/> rhumatisme : _____ <input type="radio"/> ostéoporose <input type="radio"/> amputation : _____ <input type="radio"/> anomalie congénitale : _____ <input type="radio"/> prothèse : _____ <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> affection des reins, voies urinaires ou organes génitaux <input type="radio"/> gravier rénal – calculs rénaux <input type="radio"/> insuffisance rénale <input type="radio"/> tests urinaires perturbés (protéines, sang, ...) <input type="radio"/> voies urinaires (coliques, cystite, ...) <input type="radio"/> organes génitaux : _____ <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> affection endocrinologique (glandes)/métabolisme <input type="radio"/> diabète <input type="radio"/> type 1 <input type="radio"/> type 2 <input type="radio"/> cholestérol élevé <input type="radio"/> arthrite goutteuse <input type="radio"/> glande thyroïde <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> affection psychologique <input type="radio"/> stress – burn-out <input type="radio"/> dépendance à certaines substances (alcool, drogue, médicaments, ...) <input type="radio"/> dépression <input type="radio"/> névrose (troubles d'anxiété, TOC, ...) <input type="radio"/> psychose (maladies mentales) <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> affection du système respiratoire <input type="radio"/> asthme <input type="radio"/> bronchite chronique <input type="radio"/> apnée du sommeil <input type="radio"/> emphysème <input type="radio"/> TBC - tuberculose <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> affection des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche ou de la gorge <input type="radio"/> cataracte <input type="radio"/> strabisme <input type="radio"/> oreilles : _____ <input type="radio"/> nez : _____ <input type="radio"/> bouche/gorge : _____ <input type="radio"/> autre: _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> maladie du sang <input type="radio"/> trouble de la coagulation du sang (hémophilie, ...) <input type="radio"/> anémie <input type="radio"/> anomalie de la moelle osseuse <input type="radio"/> leucémie <input type="radio"/> autre : _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> maladie parasitaire, infectieuse ou vénérienne <input type="radio"/> SIDA – VIH <input type="radio"/> maladie tropicale (malaria, choléra, ...) : _____ <input type="radio"/> autre: _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ | <input type="radio"/> une affection maligne : _____ _____ _____ Dans l'affirmative, depuis quand : _____ |
| <input type="radio"/> une autre affection: _____ _____ _____ | |

Je soussigné(e) _____ (prénom + nom) déclare que cette attestation est exacte, complète et sincère. Je donne à la SMA Hôpital Plus la permission d'utiliser ces informations pour la gestion du contrat et des éventuels dossiers de sinistre. Je sais que toute omission intentionnelle ou fausse déclaration peut entraîner la perte du droit au remboursement par Hôpital Plus. **Je sais que –sauf exceptions statutaires- durant les cinq premières années du contrat avec Hôpital Plus, aucun supplément de chambre ou d'honoraires ne me sera remboursé dans le cadre d'une hospitalisation pour une affection préexistante (neuf mois quand il s'agit d'un état préexistant) avec un séjour en chambre particulière.**

Fait à _____ (lieu), le/..... /.....

Signature :