

## Questionnaire médical

A retourner à la **Doctoresse Marianna LALICATA-GISSELBAEK** – CP 205, 1211 Genève 28.

### DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  Femme  Homme Date de naissance : .....  
Adresse : ..... NPA/Localité : .....  
Téléphone : ..... Profession : .....  
Employeur : ..... Date d'engagement : .....  
Email : .....

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... NPA/Localité : .....  
Téléphone : .....

### PRÉCÉDENTE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

Nom : .....  
Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Existait-il une réserve ou un supplément de prime auprès de votre institution de prévoyance précédente ?  oui\*  non

\*Depuis quand : ..... \*Pour quelle durée : .....  
\*Motif : .....

### PRESTATIONS EN SUSPENS OU VERSÉES

Des prestations de l'assurance invalidité, l'assurance militaire, l'assurance accident ou d'une autre assurance sociale sont-elles en suspens ou versées ?  oui\*  non

\*Par qui : ..... \*Motif : .....

### QUESTIONS PERSONNELLES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Taille (cm) : .....

Poids (kg) : .....

Vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et entièrement apte au travail ?  oui  non\*

\*Motif : .....

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  oui\*  non

\*Motif/coordonnées du médecin : .....

**Avez-vous suivi/subi ou devez-vous suivre/subir un/e séjour hospitalier/opération ?**  oui\*  non

^Motif/date/coordonnées de l'établissement et/ou du médecin : .....

**Prenez-vous régulièrement des médicaments ou des stupéfiants ?**  oui\*  non

^Genre, dose, fréquence : .....

**Consommez-vous des boissons alcoolisées ?**  oui\*  non

^Genre, fréquence : .....

**Fumez-vous ?**  oui\*  non

^Genre, fréquence, depuis quand : .....

**Faites-vous régulièrement un examen gynécologique ?**  oui  non\*

^Dernier examen effectué le : .....

**Avez-vous souffert de maladies professionnelles dues à : irradiations toxiques et/ou chimiques (mercure, benzol, hydrocarbures, dérivés chlorés), silice, amiante, ou autres ?**  oui\*  non

^Quand/quoi/conséquences : .....

**Avez-vous subi des analyses médicales ou des radiographies, ou d'autres examens récemment?**  oui\*  non

^Motif/date/coordonnées du médecin : .....

**Avez-vous été déclaré inapte à un service militaire/civil ?**  oui\*  non

^Motif : .....

**Pratiquez-vous un sport ?**  oui\*  non

^Genre/fréquence/niveau : .....

**Avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de quatre semaines pour des raisons de santé ?**  oui\*  non

^Motif/date/coordonnées du médecin : .....

**Avez-vous reçu des soins pour des difficultés psychologiques ou psychiatriques ?**  oui\*  non

^Motif/date/coordonnées du médecin : .....

**Avez-vous eu des accidents ?**  oui\*  non

^Genre/date/conséquence/coordonnées du médecin : .....

**Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections :**

*(en cas de réponse affirmative à l'un des points ci-dessous, veuillez compléter le tableau à la page 3)*

**1. du système nerveux ou du psychisme** tels que : épilepsie, maux de tête, migraines, tremblements, dépressions, vertiges, angoisses, troubles mentaux, paralysies, sclérose en plaque, traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques, névrites ou autres ?  oui  non

**2. des yeux, oreilles, nez, sinus, gorge, dents** tels que : troubles de la vue ou de l'ouïe, port de lunettes, verres de contact, acuité visuelle diminuée, affection rétinienne, surdité, inflammations ou autres ?  oui  non

**3. de l'appareil respiratoire** tels que : crachements de sang, toux persistante, toux chronique, asthme, tuberculose, pleurésie, pneumonie, difficultés respiratoires, bronchites   répétition ou chroniques ou autres ?  oui  non

4. **du cœur, circulatoire ou des vaisseaux sanguins** tels que : évanouissements, malaises, hypertension, hypotension artérielle, infarctus, douleurs thoraciques, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, vice ou insuffisance cardiaque, palpitations, varices, phlébites, essoufflements, attaque cérébrale, ou autres ?  oui  non
5. de l'**appareil digestif** tels que : estomac, intestin, pancréas, calculs biliaires, jaunisse, maladie du foie, de la vésicule biliaire, hémorroïdes, hernies, sang dans les selles, ulcères, inflammations, hémorragies ou autres ?  oui  non
6. du **métabolisme ou du sang** tels que : diabète, excès de cholestérol, goutte, maladies de la thyroïde, troubles hormonaux, anémie, troubles de la coagulation, diabète, cancer, lipémie, glycémie, glande thyroïde, acide urique ou autres ?  oui  non
7. de l'**appareil urinaire ou génital** tels que : maladies des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate, organes génitaux, seins, sang ou albumine dans l'urine, calculs urinaires ou autres ?  oui  non
8. de l'**appareil locomoteur** tels que : os, articulations, colonne vertébrale, lumbago, sciatique, rhumatismes, disques intervertébraux, arthrose, muscles, ligaments, tendons, douleurs dorsales, cervicales, des épaules ou autres ?  oui  non
9. du **système immunitaire, de maladies infectieuses ou vénériennes** tels que : tuberculose, maladie sexuellement transmissible, sida, infection VIH, hépatite, maladie tropicale, parasites ou autres ?  oui  non
10. de la **peau** tels que : eczéma, allergies, psoriasis, mycoses, rougeurs, démangeaisons, urticaire, éruption cutanée, cancer cutané ou autres ?  oui  non
11. d'**allergies** tels que : asthme, rhume des foins, réactions à des vaccins, médicaments, produits chimiques ou autres ?  oui  non
12. de **traitements aux rayons X ou substances radioactives**.  oui  non
13. d'**autres maladies, troubles de la santé ou blessures non cités ?**  oui  non

#### TABLEAU

Question n°	Genre de maladie/trouble	Date	Durée	Suite	Coordonnées du médecin/hôpital
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	.....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....

## REMARQUES PARTICULIÈRES

.....

## DÉCLARATION

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par CAP Prévoyance et/ou son médecin-conseil à leur donner les renseignements demandés à mon sujet. J'autorise le médecin-conseil de CAP Prévoyance à communiquer à cette dernière les motifs d'une éventuelle réserve médicale.

Ce questionnaire est destiné au dossier médical de l'assuré, qui reste en mains du médecin-conseil, sous stricte protection du secret médical.

CAP Prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité. En outre, le médecin-conseil peut ordonner un examen médical aux frais de la Caisse.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

.....

.....

# Décision médicale

---

*A adresser à CAP Prévoyance.*

## DONNÉES PERSONNELLES

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date de naissance : .....

Profession : .....

Employeur : .....

## DÉCISION MÉDICALE

Sur la base du questionnaire médical rempli par la personne susmentionnée,  
je confirme qu'une réserve pour raison de santé doit être émise :

oui  non

*Si oui, indiquer le motif sous « observations ».*

Sur la base du questionnaire médical rempli par la personne susmentionnée,  
et de la visite médicale intervenue le .....,

je confirme qu'une réserve pour raison de santé doit être émise :

oui  non

*Si oui, indiquer le motif sous « observations ».*

## OBSERVATIONS

.....

Lieu et date

Signature et timbre du médecin-conseil

.....

.....

*Seul ce document sera transmis à CAP Prévoyance, les indications qu'il contient sont strictement confidentielles.*