

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 ET MESURES DE NOUVELLE READAPTATION

Avez-vous déjà fait une demande auprès de l'assurance invalidité ?

☐ oui* ☐ non

*Motif :

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 :

Etes-vous au bénéfice de mesures de nouvelle réadaptation de l'AI ?

☐ oui ☐ non

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 ?

☐ oui* ☐ non

*Genre, dose, fréquence :

Prenez-vous régulièrement des stupéfiants ?

☐ oui* ☐ non

*Genre, dose, fréquence :

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

☐ oui* ☐ non

*Genre, fréquence :

Fumez-vous ?

☐ oui* ☐ non

*Genre, fréquence, depuis quand :

**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. l'**appareil respiratoire** tels que : crachements de sang, toux persistante, toux chronique, asthme, tuberculose, pleurésie, pneumonie, difficultés respiratoires, bronchites à 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

TABEAU

Question n°	Genre de maladie/trouble	Date	Durée	Suite	Coordonnées du médecin/hôpital
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	

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

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 » .

La personne assurée est-elle au bénéfice de mesures de nouvelle réadaptation
de la part de l'AI ? ☐ oui ☐ non

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.