



S.A.R.L au capital de 1 000 000 F CFA,  
 Agrément Courtage N°559/MEF/DGTCP/DA, 01 BP 597  
 Abidjan 01 Plateau Av. CROZET, Immeuble CROZET  
 1<sup>er</sup> Etage Porte 103  
 Tél : (225) 20 212 379 – Fax : (225) 20 334 579  
 Site web : www.gcya-holding.com

**CODE APORTEUR**

Société de Courtage en Assurances

## Bulletin d'Adhésion

FAMILLE / GROUPE / SOCIETE ADHERENTE : .....

ADRESSE & N° DE TELEPHONE : .....

Nom	Prénoms	Contact	Date de naissance	Date d'incorporation

E-mail :

**Répondre par OUI ou NON, préciser les réponses au besoin.**

### ANTECEDENTS FAMILIAUX

Préciser si vos parents souffrent ou ont souffert d'une de ces maladies (Réservé aux Parents)

	Souscripteur		Conjoint	
1. Diabète				
2. Hypertension artérielle				
3. Cancer (type à préciser)				
4. Autres maladies à préciser				
	Décédés	Vivants	Nature du décès	Vivant portant une Tare
Père				
Mère				

MODE DE VIE	Souscripteur	Conjoint(e)	Enfant	Enfant	Enfant
1 Profession exercée					
2 Fumez-vous? Nombre de paquets par jour					
3 Consommez-vous de l'alcool? - occasionnellement - régulièrement					
4 Votre mode de vie est-il sédentaire?					

### SANTE DEPUIS 5 ANS

5 Souffrez-vous de fièvre fréquemment?					
6 Avez-vous maigri, pour quelles raisons?					
7 Souffrez-vous de Diarrhée, dysenteries fréquentes ?					
8 Souffrez-vous de vertiges, palpitations ?					
9 Souffrez-vous de la toux, gêne respiratoire?					
10 Avez-vous une gêne à uriner?					
11 Souffrez-vous de maux de tête?					

## MALADIES

12 <b>HOSPITALISATION:</b> pour quelle maladie?					
13 <b>INTERVENTIONS CHIRURGICALES NON OBSTETRIQUES:</b> - à quelles dates? - type d'intervention					
14 <b>CARDIO VASCULAIRES:</b> Souffrez-vous d'hypotension, hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, (varices, phlébites) troublés du rythme, myocardiopathie, angor, autres à préciser. Prenez-vous un Traitement?..... précisez lequel ? depuis quand ?.....					
15 <b>POUMONS:</b> Souffrez-vous d'asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie emphysème, tumeurs médiastinales ou pulmonaires? ..... Etes-vous sous traitement? ..... Depuis quand ? .....					
16 <b>ORL:</b> Souffrez-vous d'otite, surdité, sinusite, mutité, tumeurs ORL, végétations, amygdalite à répétitions? ..... Etes-vous sous traitement? ..... Depuis quand? ..... Avez-vous suivi des séances d'orthophonie ? .....					
17 <b>YEUX:</b> Souffrez-vous de myopie, strabisme, presbytie, glaucome, cataracte, astigmatisme? ..... Portez-vous des lunettes ?.....					
18 <b>BOUCHE:</b> Avez-vous des caries dentaires, des dents extractées, des prothèses?..... Suivez-vous un traitement orthodontie? ...					
19 <b>SYSTEME DIGESTIF:</b> Souffrez-vous d'ulcère, gastrite, hépatite, cirrhose, crises d'appendicite, inflammations du colon, hémorroïde, hernie, tumeurs abdominales, lithiase biliaire, infection vésicule et voies biliaires, abcès du foie, entente et autres ? Lesquelles?					
20 <b>REINS ET VESSIE</b> Souffrez-vous de coliques néphrétiques, cystite, pyélonéphrite, maladies pyéocalicielles et méthéraisies, bilharziose urinaire, tumeurs rénales et vésicales?					

<p><b>21 ORGANES GENITAUX:</b></p> <p><b>* Féminins:</b>  Souffrez-vous de stérilité, maladies sexuellement transmissibles et vénériennes, fibrome, kyste ovaire, salpingites, tumeurs col, tumeurs utérines?  Votre cycle est-il régulier? .....  Prenez-vous un traitement particulier?.....  Avez-vous des troubles menstruels?.....  Etes-vous pré ou ménopausée?.....  Faites-vous un Frottis régulier? .....</p>					
<p><b>* Masculins:</b>  Souffrez vous d'hydrocèle, MST, Orchiépididymite, Adénome prostate, fibrose methraie cicatricielle (rétrécissement méthual), tumeur génital et autres ?</p>					
<p><b>22 GYNECOLOGIE OBSTETRICALE:</b>  Avez-vous fait des fausses couches, combien ? Volontaires ou involontaires?  Combien de gestations?.....  Combien de dé parité? .....</p> <p>Portez-vous une grossesse? Si oui, indiquer la date de début de la grossesse  Avez-vous été césarisée? .....</p> <p>Combien de fois ? .....</p>					
<p><b>23 GLANDES ENDOCRINES:</b>  Souffrez-vous de diabète, goitre, tumeur de la surrénale, autres tumeurs glandulaires, autres maladies glandulaires ?  Depuis quand?</p>					
<p><b>24 PEAU:</b>  Souffrez-vous d'acné, eczéma, furoncles, ganglions, lèpre, herpès, zona, mycoses, autres dermatoses?</p>					
<p><b>25 SANG ET GANGLIONS</b>  Souffrez-vous d'anémie, drépanocytose, leucémie, hémophilie, thalassémie, syndrome mycloproliferatif, autres maladies sanguines?</p>					
<p><b>26 SYSTEME NERVEUX</b>  Souffrez-vous de paralysie, hémiplégie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole?</p>					
<p><b>27 MALFORMATIONS OU MALADIES CONGENITALES</b>  Laquelle?  Acquise par maladie ou accident?</p>					
<p><b>28 Etes-vous atteint :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'un cancer?</li> <li>• du SIDA ?</li> </ul>					

<b>29 ORTHOPEDIE:</b> Souffrez-vous de rhumatisme, goutte, arthrose, arthrite, périarthrite, tendinite, sciatalgie, lumbago, coxarthrose, autres? ..... Portez-vous un appareillage orthopédique ? ..... Portez-vous des prothèses orthopédiques ? ..... Suivez-vous et avez-vous déjà suivi des séances de Kinésithérapie? ..... Avez-vous fait un AVP ayant laissé des séquelles? ..... Avez-vous une infirmité?.....					
---	--	--	--	--	--

**AUTRES MALADIES**

<b>30 EXAMENS POUR PERSONNE &gt; ou = à 35 ans :</b> <b>" Joindre • Créatinine</b> <b>Bulletin" • Urée</b> • Glycémie	----- ----- -----	----- ----- -----			
<b>31 VACCINS EFFECTUES</b> Sont-ils à jour?..... Sinon lesquels à faire ? .....					
<b>32 MALADIES TROPICALES:</b> Souffrez-vous de Trypanosomiasés, hydatidose, fièvre jaune, lèpre, etc...?					
<b>33 SPORTS</b> Pratiquez-vous un sport ?..... Si oui, lequel? ..... A titre amateur ou professionnel ? .....					
<b>34 TAILLE</b> ..... <b>POIDS</b> ..... <b>TENSION ARTERIELLE</b> ....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

**Je soussigné, certifie sincères et exactes mes déclarations aux questions du présent Bulletin d'Adhésion, et accepte de me soumettre sur demande de la Société GCya-Assur à une visite médicale de son médecin conseil.**

**Nota Bene :** la prime à vous communiquer peut varier après examen du bulletin d'adhésion (découverte de risques aggravants : la surprime d'âge > ou = à 50ans :+ 25% et les Maladies Antérieures).

**TOUTE REPONSE PAR UN TIRET OU ABSENCE DE REPONSE EST CONSIDEREE COMME UNE REPONSE NEGATIVE.**

A..... le ..... 20.....

Accord Médecin Conseil

Signature de l'Adhérent  
(Précédée de « Lu et Approuvé »)