



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^{er} 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

ASSURANCE SANTE INDIVIDUELLE

| Nom | Prénoms | Contact | Date de naissance | Date d'incorporation |
|----------|---------|---------|-------------------|----------------------|
| | | | | |
| E-mail : | | | | |

QUESTIONNAIRE MEDICAL

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)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 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 | |
| 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 HOSPITALISATION: pour quelle maladie? | |
| 13 INTERVENTIONS CHIRURGICALES NON OBSTETRIQUES: - à quelles dates? - type d'intervention | |

| | |
|--|--|
| <p>14 CARDIO VASCULAIRES: Souffrez-vous d'hypotension, hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, (varices, phlébites) troubles du rythme, myocardiopathie, angor, autres à préciser. Prenez-vous un Traitement? précisez lequel ? depuis quand ?</p> | |
| <p>15 POUMONS: Souffrez-vous d'asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie emphysème, tumeurs médiastinales ou pulmonaires? Etes-vous sous traitement? Depuis quand ?</p> | |
| <p>16 ORL: 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 ?</p> | |
| <p>17 YEUX: Souffrez-vous de myopie, strabisme, presbytie, glaucome, cataracte, astigmatisme? Portez-vous des lunettes</p> | |
| <p>18 BOUCHE: Avez-vous des caries dentaires, des dents extractées, des prothèses? Suivez-vous un Traitement orthodontie?</p> | |
| <p>19 SYSTEME DIGESTIF: 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?</p> | |
| <p>20 REINS ET VESSIE Souffrez-vous de coliques néphrétiques, cystite, pyélonéphrite, maladies pyéiocalicielles et méthéraisies, bilharzirose urinaire, tumeurs rénales et vésicales?</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>21 ORGANES GENITAUX: * Féminins: 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>Masculins: Souffrez vous d'hydrocèle, MST, Orchiépididymite, Adénome prostate, fibrose methraie cicatricielle (rétrécissement méthual) tumeur génital et autres</p> | |
| <p>22 GYNECOLOGIE OBSTETRICALE: Avez-vous fait des fausses couches, combien ? Volontaires ou involontaires? Combien de gestations? Combien de dé parité? Portez-vous une grossesse? Si oui, indiquer la date de début de la grossesse Avez-vous été césarisée? Combien de fois ?</p> | |
| <p>23 GLANDES ENDOCRINES: Souffrez-vous de diabète, goitre, tumeur de la surrénale, autres tumeurs glandulaires, autres maladies glandulaires depuis quand?</p> | |
| <p>24 PEAU: Souffrez-vous d'acné, eczéma, furoncles, ganglions, lèpre, herpès, zona, mycoses, autres dermatoses?</p> | |
| <p>25 SANG ET GANGLIONS Souffrez-vous d'anémie, drépanocytose, leucémie, hémophilie, thalassémie, syndrome mycloprolifératif, autres maladies sanguines?</p> | |

| | |
|---|------------------------------------|
| <p>26 ORTHOPEDIE: 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?</p> | |
| <p>27 SYSTEME NERVEUX: Souffrez-vous de paralysie, hémiplégie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole?</p> | |
| <p>28 MALFORMATIONS OU MALADIES CONGENITALES: Laquelle? Acquise par maladie ou accident?</p> | |
| <p>29 Etes-vous atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un cancer? • du SIDA ? | |
| <p>30 AUTRES MALADIES</p> | |
| <p>31 EXAMENS POUR PERSONNE > ou = à 35 ans : "Joindre • Créatinine Bulletin" • Urée • Glycémie</p> | <p>..... </p> |
| <p>32 VACCINS EFFECTUES Sont-ils à jour? Sinon lesquels à faire ?</p> | |
| <p>33 MALADIES TROPICALES: Souffrez-vous de Trypanosomiasés, hydatidose, fièvre jaune, lèpre, etc...?</p> | |
| <p>34 SPORTS Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel? A titre amateur ou professionnel ?</p> | |
| <p>35 TAILLE POIDS TENSION ARTERIELLE</p> | <p>..... </p> |

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 »)