



## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

A remplir par l'assuré et à joindre à la demande d'adhésion

### I. ADHÉRENT

Mr / Mme / Mlle Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom d'épouse : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Nom et numéro du contrat : .....

Lisez attentivement la déclaration d'état de santé ci-dessous, si vous ne pouvez pas la signer, veuillez remplir le questionnaire de santé afin de poursuivre l'instruction de votre demande d'adhésion.

### 2. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

#### Je déclare sur l'honneur :

- que la différence entre mon poids en kilo et ma taille en centimètre diminuée de 100 est inférieure à 15 (exemple d'une personne pesant 80 kgs pour une taille de 1m75 :  $80-75 = 5$ , chiffre inférieur à 15),
- ne pas être en arrêt de travail ou avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années,
- ne pas avoir de traitement ou de surveillance médicale en cours et ne pas avoir subi un traitement de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années,
- ne pas bénéficier ou avoir bénéficié d'une prise en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée,
- ne pas avoir subi de traitement par radiothérapie, curiethérapie, cobaltothérapie ou chimiothérapie,
- ne pas avoir été hospitalisé plus de 3 jours au cours des 5 dernières années,
- ne pas avoir bénéficié d'une transfusion sanguine ou avoir subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat est positif,
- ne pas être atteint d'une maladie chronique, d'un handicap ou de séquelles de maladie ou d'accident,
- ne pas avoir à être hospitalisé ou à bénéficier d'examens autres que de prévention dans l'année.

#### Je déclare :

- avoir lu et compris chacune des déclarations,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner ma Mutuelle ou MFPPrévoyance dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître que toute réticence ou déclaration inexacte qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat souscrit auprès de ma Mutuelle sans remboursement des cotisations déjà versées,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de mon adhésion au contrat souscrit auprès de ma Mutuelle.

A .....

le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

