

Questionnaire de santé



A compléter par le demandeur et à placer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil
(Agrafer l'enveloppe à la demande d'adhésion).

M. Mme Mlle Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : N° adhérent :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Mutuelle d'appartenance : Date de naissance :
Contrat(s) concerné(s) :

Répondez à chaque question en cochant oui ou non

En cas de réponse positive à l'une des questions, il est indispensable de joindre pour chaque affection :

- les pièces importantes de votre dossier médical (comptes-rendus d'examen complémentaires, de consultations spécialisées ou d'hospitalisation(s), compte-rendu(s) opératoire(s) et anatomopathologique(s), bilans sanguins et urinaires, ordonnances...), vous pouvez vous procurer ces pièces auprès des médecins ou des services hospitaliers privés ou publics qui vous ont pris en charge,
- les pièces administratives (notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie, COTOREP, de mise en retraite pour invalidité, arrêté ministériel, etc).

Toute réticence ou omission, ou tout document raturé ou surchargé, ou non daté ou non signé, ou tout dossier incomplet notamment en ce qui concerne les documents médicaux demandés rend la demande irrecevable.

La différence entre votre poids en kilos et votre taille en centimètres diminuée de 100 est-elle supérieure à 15
(exemple d'une personne pesant 80 kgs pour une taille de 1m75 : 80-75=5, chiffre inférieur à 15) oui non
si oui, indiquez votre taille en centimètres : et votre poids en kilo :

- Etes-vous en arrêt de travail ? oui non
* si oui, depuis quand ? quelle est la date de reprise prévue ?
* pour quelle(s) affection(s) ?
- Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, pour quelle(s) affection(s) ?
joindre les pièces correspondantes : compte-rendus de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Avez-vous été reconnu handicapé ou en invalidité ou avez-vous été mis en retraite anticipée pour invalidité ou pour inaptitude
ou en avez-vous fait la demande ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s)
- Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une allocation compensatrice tierce personne
ou en avez-vous fait la demande ? oui non
* si oui, depuis quand ? :
- Bénéficiez-vous d'une rente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle d'un taux supérieur à 10 %
ou en avez-vous fait la demande ? oui non
* si oui, depuis quand ?
joindre les pièces correspondantes : compte-rendus de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur ou une demande d'exonération est-elle en cours ? oui non
* si oui,
- précisez la date ou la période d'exonération ou la date de la demande
- pour quelle(s) affection(s) ?
joindre les pièces correspondantes : compte-rendus de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Présentez-vous des séquelles de maladie(s) ou d'accident(s) ? oui non
si oui, lesquelles ?
 - Avez-vous subi une ou des interventions chirurgicales ou endoscopiques ? oui non
si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous été hospitalisé plus de 3 jours au cours des 5 dernières années ? oui non
si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Etes-vous en traitement ou sous surveillance médicale ou avez-vous subi un ou des traitements continus de plus de 30 jours au cours
des 5 dernières années ? oui non
si oui, quand ?
 - Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine ? oui non
si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat aurait été positif oui non
 - Allez-vous dans l'année :
 - être hospitalisé ? oui non
 - * si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - bénéficier d'examens autres que de prévention ? oui non
 - * si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
- * joindre les pièces correspondantes : comptes-rendus de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaires, ordonnances, etc

- Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire (hanche, genou, épaule ...) ? oui non
- Utilisez-vous une aide technique pour vous déplacer (petit ou grand appareillage : exemple : canne, chaussure orthopédique, déambulateur,
fauteuil roulant, etc.) ? oui non
- Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour l'un des actes suivants : vous alimenter, vous laver, vous habiller ou vous déplacer ? . oui non

- Avez-vous consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous consulté un cardiologue au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous consulté un rhumatologue au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous consulté un psychiatre au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous consulté un pneumologue au cours des 5 dernières années ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou curiethérapie ? oui non
* si oui, quand ? et pour quelle(s) raison(s) ?
- * joindre les pièces correspondantes : comptes-rendus de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement anti-dépresseur quelle qu'en soit la raison ? oui non
* si oui, quand ? pour combien de temps ?
et pour quelle(s) raison(s) ?
- * joindre les pièces correspondantes : comptes-rendus de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Etes-vous atteint d'une affection des yeux (glaucome, cataracte, rétinopathie ...) ? oui non
si oui, laquelle ? :
- En cas de myopie, votre correction est-elle supérieure à 6 dioptries même à un seul oeil : oui non

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné, : NOM : Prénom :

déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère, n'avoir rien caché qui puisse gêner l'appréciation du risque à garantir, m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date réelle de mon entrée dans le contrat.

Toute omission, déclaration inexacte ou fausse déclaration de nature à fausser l'appréciation du risque à assurer entraîne la nullité de l'adhésion au contrat, la déchéance des garanties et l'acquisition à l'assureur des cotisations versées et échues à titre de dommages et intérêts.

A le

Signature précédée de la mention « je certifie l'exactitude des réponses apportées au présent questionnaire » retranscrite par la personne souhaitant être assurée.