

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous attirons l'attention du Candidat à l'assurance sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Comme le prévoit la convention AERAS, nous conseillons au Candidat à l'assurance de prendre, seul, connaissance, soit sur place, soit à son domicile, des dispositions et questions figurant dans le présent document. Ce questionnaire doit obligatoirement être signé de la main du Candidat à l'assurance. Afin de préserver la confidentialité des renseignements médicaux, le Candidat à l'assurance doit adresser le présent questionnaire soit dans l'espace client sécurisé soit sous enveloppe confidentielle à **l'attention du Médecin Conseil**.

Vos déclarations sont valables six (6) mois à compter de la signature du présent questionnaire.

Dans le cadre de l'information sur le « droit à l'oubli », nous vous informons que vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer que vous avez été atteint d'une pathologie (et notamment d'un cancer) figurant dans le document d'information sur le « droit à l'oubli » ci-joint et dont nous vous invitons à prendre connaissance
En savoir plus sur www.aeras-infos.fr.

CANDIDAT A L'ASSURANCE : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
N° d'assuré :

MERCI DE REpondre PAR OUI OU PAR NON A CHACUNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS, POUR TOUTE REPONSE AFFIRMATIVE,
MERCi DE COMPLETER LA RUBRIQUE COMMENTAIRES

1 - CONSENTEMENT

Je consens au traitement de mes données de santé oui non

2 - CONSTITUTION

COMMENTAIRES

a) Indiquez votre taille	cm
b) Indiquez votre poids	kg

3 - TRAITEMENT MEDICAL

a) Suivez-vous actuellement un traitement médical ? <i>(Sauf contraception ou affections saisonnières telles que grippe, rhume, rhinopharyngite, otite, angine virale)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ? Le(s)quel(s) ?
---	---	--

b) Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours ? <i>(Hors contraception)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? A quelle(s) date(s) ? Durée du traitement ? Le(s)quel(s) ?
--	---	--

4 - ARRETS DE TRAVAIL

<p>a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale, pour raison de santé ? (Hors congés légaux de maternité et paternité)</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>Depuis quand ?</p>
<p>b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale, pour raison de santé ? (Hors congés légaux de maternité et paternité)</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>Durée de votre arrêt de travail (en jours) ?</p> <p>Quand ?</p>

5 - AFFECTIONS DORSALES ET PSYCHOLOGIQUES

<p>a) Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 10 dernières années, une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours (par exemple : anti-douleur, infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Quand ?</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p>
<p>b) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années d'une des affections suivantes ? Dépression, burn-out, troubles bipolaires, névrose, psychose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Quand ?</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p>
<p>c) Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu recours à un suivi psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Quand ?</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p>

6 - RENTE ET PENSION

<p>a) Etes-vous ou avez-vous déjà été pris(e) en charge à 100 % par un organisme d'assurance maladie au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) au cours des 10 dernières années ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Pour quelle raison ?</p> <p>Depuis quand ?</p> <p>(Joindre les justificatifs)</p>
--	------------------------------	------------------------------	---

<p>b) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Le(s) taux ou catégorie retenue : Pour quelle raison ? Depuis quand ? (Joindre les justificatifs)</p>
<p>c) Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Pour quelle raison ? Depuis quand ? (Joindre les justificatifs)</p>

7 - ANTECEDENTS MEDICAUX

<p>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou des maladie(s) ou affections suivante(s) :</p> <p>a) Maladie ou affection cardio vasculaire et/ou cérébro-vasculaire : d'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'une valvulopathie, d'artériopathie, de phlébite, de trouble circulatoire, de thrombose veineuse, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'accident vasculaire ischémique (AIT), d'hémorragie cérébrale, d'hématomes intracérébraux ?</p> <p>b) Maladie ou affection respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ?</p> <p>c) Maladie endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?</p> <p>d) Maladie articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménissectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>En cas de réponse positive, merci de préciser la ou les affection(s), la date, la durée et les séquelles éventuelles :</p>
--	------------------------------	------------------------------	---

<p>e) Maladie digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>f) Maladie neuro musculaire ou du système nerveux : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>g) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ?</p> <p><i>Si vous avez été atteint(e) d'un cancer, vous bénéficiez sous certaines conditions du droit de ne pas déclarer des antécédents de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le document d'information sur le "Droit à l'Oubli" joint à votre demande d'adhésion.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>h) Maladie Urino-rénale ou génitale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, d'une affection du système urinaire ?</p> <p>D'endométriase, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou d'une affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>i) Maladie Psychique : De troubles obsessionnels compulsifs, d'anxiété, de troubles alimentaires ou de tentatives de suicide ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>j) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<p>k) Ophtalmologique : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

l) ORL : D'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
m) D'une hépatite, d'anémie, de trouble de la coagulation ou hématologique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
n) D'une maladie infectieuse, virale, parasitaire ou de paludisme ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
o) D'une maladie auto-immune (par exemple : lupus, sclérose en plaques, sclérodermie, névrite optique) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

8 - EXPLORATION ET HOSPITALISATION

a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des analyses de sang ou d'urine, cardiologiques ou d'imagerie médicale (ECG, échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, mammographie...) dont les résultats se sont avérés anormaux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession
b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) (y compris moins de 24 heures) ou subi une intervention chirurgicale ? <i>(Hors appendicite, végétations, amygdales, vésicule biliaire, dents de sagesse, accouchement)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus d'hospitalisation, opératoires et histologiques
c) Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) (y compris en ambulatoire) ou subir une intervention chirurgicale ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ? <i>(Hors bilans de routine systématique ou visite médicale générale)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession

- Je certifie avoir pris connaissance du document d'information sur le « droit à l'oubli » joint au présent document.
- Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions pr c t es et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, ou L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité.

Les informations recueillies par FOREVER font l'objet de traitements de données, indispensables à l'étude médicale de votre dossier ainsi qu'à la mise en place, la gestion et l'exécution de votre contrat. Les données personnelles collectées sont destinées aux personnels du Service Médical de FOREVER (sous l'autorité de son médecin conseil), à l'assureur, ou la mutuelle, et le réassureur, ce dans le respect de la réglementation inhérente au secret médical.

La durée de conservation de vos données personnelles est fonction de la durée de votre contrat ainsi que des durées de prescription prévues par la réglementation, dans les limites des dispositions d'ordre public. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité des données, ainsi que du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée (y compris de profilage), et de celui d'organiser le sort de vos données personnelles à titre posthume. Toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits sont à adresser à : Délégué à la Protection des Données – dpo@mangolia.fr. Nous vous précisons que pour toute réclamation relative au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, il vous est possible de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Faire précéder de la mention « *lu et approuvé* »

Fait à:

Le : / /

Signature du Candidat à l'assurance :