

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Pour toute réponse « OUI », vous êtes invité à apporter les précisions complémentaires. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul, connaissance, soit sur place, soit à votre domicile, des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé.

Conformément aux dispositions relatives au Droit à l'oubli de la convention AERAS, si vous avez été atteint d'une maladie, vous avez la possibilité de ne pas déclarer ce risque sous certaines conditions énoncées dans le document d'information sur le droit à l'oubli annexé à ce questionnaire. Pour plus d'information sur le Droit à l'oubli, nous vous invitons à consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, **vous êtes formellement invité** à le transmettre, avec votre demande individuelle d'adhésion, au Médecin Conseil du service médical de la Mutuelle sous pli confidentiel à : **MNCAP - à l'attention du Médecin Conseil – 5 rue Dosne - 75116 PARIS** ou par tous moyens à votre convenance.

Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, etc...). Le Médecin Conseil de la Mutuelle se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois à compter de la signature du présent questionnaire**

M. Mme **NOM et PRÉNOM** : _____
 Nom de jeune fille éventuel : _____
 Date de naissance : _____

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON : veuillez cocher la réponse adéquate.
 Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter les précisions complémentaires attendues.**

<p>1) Quelle est votre taille (en cm) ?</p> <p>Quel est votre poids (en kg) ?</p>			<p>Taille : _____</p> <p>Poids : _____</p>
<p>2) Avez-vous actuellement, ou avez-vous eu, des valeurs élevées de tension artérielle, de glycémie à jeun, de cholestérol, ou de triglycérides, ou êtes-vous diabétique ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Précisions :</p>
<p>3) Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p> <p><i>Hors congés légaux de maternité. Arrêt de travail total : à temps complet. Arrêt de travail partiel ou mi-temps thérapeutique : reprendre son travail à temps partiel pour motif thérapeutique.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Précisions :</p>
<p>4) Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p> <p><i>Hors congés légaux de maternité. Arrêt de travail total : à temps complet. Arrêt de travail partiel ou mi-temps thérapeutique : reprendre son travail à temps partiel pour motif thérapeutique.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Précisions :</p>

<p>5) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une pension d'invalidité ou de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?</p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :
<p>6) Etes-vous ou avez-vous au cours des 10 dernières années, été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?</p> <p><i>Régimes obligatoires d'assurance maladie : sécurité sociale, mutualité sociale agricole (MSA), régime Social des indépendants (RSI)</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :
<p>7) Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi, au cours des 10 dernières années, un traitement médical de plus de 21 jours ?</p> <p><i>Hors contraception, ménopause ou affections saisonnières telles que la grippe et les rhinites.</i> <i>Exemples de traitements médicaux : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage (hors port de lunettes et appareil auditif), médicaments.</i> <i>Inclus traitement par rayons X, substances radioactives, chimiothérapie ou immunothérapie.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :
<p>8) Au cours des 10 dernières années,</p> <ul style="list-style-type: none"> avez-vous été hospitalisé plus de 24 heures dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ? avez-vous subi une intervention chirurgicale ? avez-vous subi des examens médicaux qui ont révélé des anomalies ? <p><i>Hors congés légaux de maternité</i> <i>Excepté les traitements pour : contraception, ménopause ou affections saisonnières telles que la grippe et les rhinites.</i> <i>Excepté les interventions pour : végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, opération d'hernie inguinale ou ombilicale.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :
<p>9) Etes-vous actuellement et/ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, atteint d'une affection, accident ou d'une maladie ou de séquelles nécessitant une surveillance médicale ?</p> <p><i>Hors suivi habituel de grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, opération d'hernie inguinale ou ombilicale</i> <i>On entend par cette question souffrez vous ou avez-vous souffert de: cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris de l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale, de séquelle d'accident ?</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :

<p>10) Dans les 6 prochains mois, devez-vous réaliser un examen ou un bilan médical ou faire l'objet d'un traitement, d'une intervention chirurgicale, d'un geste médical ou d'une hospitalisation ?</p> <p><i>Hors bilan de surveillance systématique, gynécologique, ophtalmologique ou dentaire. Excepté les interventions pour : végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale. Exemples d'examens médicaux : analyse de sang, radiographie, scanner, IRM, échographie, électrocardiogramme ou autres.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :
<p>11) Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?</p> <p><i>Ne répondre « OUI » que si le résultat a été positif.</i></p>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisions :

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la mutualité (Art. L221-14 : nullité du contrat et Art. L221-15 : réduction des indemnités).

Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat. J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

FAIT À : _____

LE : _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER :