

75 quai de la Seine
75940 PARIS cedex 19
Tél : 01 44 89 80 91
MUTLOG SIREN 325942969
MUTLOG GARANTIES SIREN 384253605

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SIMPLIFIÉE (DESS)

Conformément aux dispositions relatives au Droit à l'oubli de la Convention AERAS, si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse, vous avez la possibilité de ne pas déclarer ce risque, **sous certaines conditions** énoncées dans la fiche de place annexée à ce questionnaire. Pour plus d'informations sur le Droit à l'oubli, nous vous invitons à consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

M. Mme NOM et PRÉNOM :
Nom de j. fille : Date de naissance :

Répondre par OUI ou par NON dans chaque case. Aucune question ne doit être laissée sans réponse. Si réponse « OUI » à l'une des questions, compléter le questionnaire médical détaillé confidentiel.

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Compte tenu de votre taille, votre poids est-il supérieur à celui indiqué ? | | | | | | OUI | NON | |
| | Taille (cm) | 145 à 150 | 151 à 160 | 161 à 170 | 171 à 180 | 181 à 190 | Plus de 191 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Poids (kg) | 38 à 65 | 44 à 70 | 48 à 85 | 53 à 95 | 60 à 110 | 66 à 115 | | |
| 2 | Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total (à temps complet) ou partiel (reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique), sur prescription médicale pour raison de santé ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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 ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Avez-vous suivi au cours des dix dernières années, ou suivez-vous actuellement un traitement médical, sous la forme d'une prise de médicaments ou de séances régulières de soins médicaux ou paramédicaux, pendant plus de 21 jours ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Êtes-vous titulaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Êtes-vous pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Au cours des 10 dernières années ou actuellement : avez-vous été hospitalisé plus de 24 heures dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé, subi une intervention chirurgicale ou des examens médicaux qui ont révélé des anomalies ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Au cours des dix dernières années, avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (Virus de l'hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), ou VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Êtes-vous actuellement et/ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, atteint d'un accident, d'une affection ou d'une maladie telle que : 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 ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Actuellement, présentez-vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie nécessitant une surveillance médicale ? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Devez-vous être hospitalisé ou bénéficier d'une intervention chirurgicale (sauf amygdales, végétations, hernie inguinale, soins dentaires) ou d'un examen spécialisé (radiographies simples ou interventionnelles, scanner, IRM, scintigraphie) dans les 12 mois à venir (hors médecine du travail ou suivi systématique de grossesse)? | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait et de portabilité de mes données en adressant une demande écrite accompagnée d'une copie de ma pièce d'identité au « Délégué à la protection des données » chez MUTLOG – 75 quai de la Seine – 75940 PARIS cedex 19.

Dans l'objectif d'adhérer au contrat MUTLOG et à cette seule fin, j'accepte le traitement électronique de mes données de santé et leur conservation légale dans le cadre de la prescription légale, dans le strict respect du secret médical et de la confidentialité des données personnelles.

Oui Non

A Le/...../..... Signature de la personne à assurer