

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉTAILLÉ CONFIDENTIEL

MUTLOG invite la personne à assurer à :

- remplir ce document dans un environnement privé et propice au respect de la confidentialité.

- communiquer au Médecin-Conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé. Ceci pourra éviter chaque fois que possible une visite médicale ou d'autres examens que MUTLOG se réserve le droit de demander lors de la souscription d'un contrat.

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

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM et PRÉNOM : Nom de jeune fille éventuel : Date de naissance : Profession :

Veuillez indiquer : Votre taille : cm Votre poids : kg

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, précisez : Cigarettes Cigares Pipes Autre

Quantité par jour : Date de début : / /

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.

1	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 ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui : Pourquoi ? Depuis quand ?/...../.....
2	Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, ou d'une invalidité ? Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Depuis quelle date ?/...../..... Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
3	Suivez-vous actuellement un traitement médical, sous la forme d'une prise médicaments ou de séances régulières de soins médicaux ou paramédicaux, pendant plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand?/...../.....
4	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une maladie : • de l'appareil digestif, • cardio-vasculaire, • respiratoire, • du système nerveux, • de l'appareil génito-urinaire, • endocrinienne ou métabolique, • neuropsychique, • des os et des articulations ? • autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :

5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait ou faites-vous actuellement l'objet d'une surveillance médicale ?</p> <p>Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 10 dernières années ?</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Motif, Depuis quand Durée :</p> <p>Si oui, précisez : Pourquoi ?</p> <p>Quand (mois/année) ?</p> <p>Durée ?</p>
6	<p>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 (sauf congé légal de maternité) ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, pour chacun des arrêts, précisez : Pourquoi ?</p> <p>Quand (mois/année) ?</p> <p>Durée ?</p>
7	<p>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?</p> <p><i>(pour un motif autre que : ablation des amygdales ou des végétations, appendicectomie, ablation de la vésicule biliaire, cure d'une hernie ombilicale, crurale ou inguinale, varices des membres inférieurs, hémorroïdes, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale, accouchement)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Joindre le compte-rendu opératoire, histologique et/ou d'hospitalisation Motif, date et durée :</p>
8	<p>Avez-vous suivi au cours des dix dernières années, 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 ? Par exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, etc.</p> <p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, ou produit radioactif à visée thérapeutique ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Pour chaque traitement, précisez nature, motif, date et durée :</p> <p>Date de fin de protocole thérapeutique :</p> <p>Motif :</p>
9	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous réalisé des examens complémentaires (biologie, radiographie, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie) ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Lequel, date et résultats :</p>
10	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Lequel :</p> <p>Date :</p>
11	<p>Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale, des examens spécialisés ou débiter un traitement ?</p> <p><i>(pour un motif autre que : ablation des amygdales ou des végétations, appendicectomie, ablation de la vésicule biliaire, maternité, cure d'une hernie ombilicale, crurale ou inguinale, varices des membres inférieurs, hémorroïdes, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale, accouchement)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Lequel, date, motif :</p> <p>Traitement :</p>
12	<p>Actuellement, présentez-vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Lesquelles :</p> <p>Depuis quand :</p>

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 MUTLOG de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

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