

M. Mme Mlle **NOM :** **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**
NOM de jeune fille éventuel : **PROFESSION :**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce Questionnaire Médical Détaillé Complet. 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 QMDC. Votre conseiller pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret médical ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'adhésion au Médecin Conseil de MUTLOG - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS Cedex 19, ou par tout moyen à votre convenance. Vous pourrez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce QMDC tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc...). Le Médecin Conseil de MUTLOG se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois à compter de la date de signature du présent document.**

Pour connaître les modalités d'application du droit à l'oubli et vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à prendre connaissance avec la plus grande attention du document d'information AERAS ci-joint annexé. **Pour en savoir plus sur la convention AERAS : www.aeras-infos.fr**

Consentement à l'utilisation des données de santé

L'assureur, agissant en tant que responsable de traitement, a besoin de vos données d'état de santé pour établir les conditions d'acceptation des garanties et le montant de votre cotisation, ainsi que pour vous verser les prestations en cas de sinistre et à cette seule fin. Ces données et tout autre document complémentaire qui seront nécessaires pour le traitement de votre dossier seront transmis au Service Médical de MUTLOG, si besoin, à ses prestataires (réassureurs, gestionnaires, médecins-experts désignés...) et aux autorités appropriées, dans le respect de la vie privée et du secret médical.

L'assureur satisfait aux exigences en matière de confidentialité, conformément aux dispositions de la loi n°78 -17 du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et Libertés et du Règlement sur la protection des données 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD). Nous conservons vos données d'état de santé tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Au cas où la souscription ou l'adhésion au contrat n'a pas lieu, elles sont conservées pendant un délai de 6 mois.

Vous gardez tout loisir d'accéder à vos données de santé, de demander leur rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Pour cela, il vous suffit de nous écrire par e-mail à dpo@mutlog.fr ou par courrier à l'adresse « DPO - MUTLOG - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS Cedex 19 ». Vous pouvez aussi vous adresser à la CNIL - 3 place de Fontenay - 75017 Paris.

Nous mettons en œuvre des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données d'état de santé. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles, vous pouvez consulter notre site internet: <https://www.mutlog.fr>.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. Même si vous donnez votre accord aujourd'hui, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment pendant la vie de votre contrat en faisant une demande par écrit par e-mail à dpo@mutlog.fr ou par courrier à l'adresse DPO ci-dessus. Ce retrait de consentement ne remettra pas en cause les traitements déjà effectués, mais ne nous permettra pas de vous verser les prestations en cas de sinistre ultérieur.

Nous vous remercions de nous faire part de votre choix en cochant l'une des deux cases suivantes :

OUI « J'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par MUTLOG, et ses prestataires pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire de santé figurant ci-après ».

NON « Je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par MUTLOG, et ses prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». **Nous ne pourrions pas donner suite à votre demande.**

Etes vous FUMEUR ? OUI NON Si OUI, précisez Cigarettes Cigares Pipes Autres
Quantité par jour : Date de début :

Cochez « OUI » ou « NON » pour chacune des questions 1 à 12

		OUI NON		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Etes-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"/>	Si OUI, pourquoi ? Depuis quelle date ?
2	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? Etes-vous titulaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, pourquoi ? Depuis quelle date ? 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 de 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 quelle date ?
4	Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait ou faites vous actuellement l'objet d'une surveillance médicale ? Etes-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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, pourquoi ? Depuis quelle date ? Sur quelle durée ? Si OUI, pourquoi ? Depuis quelle date ? Sur quelle durée ?

		OUI	NON	
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une maladie : *de l'appareil digestif, cardiovasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ? Autres ? *Droit à l'oubli applicable à cette question (détails sur www.aeras-infos.fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez :
6	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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, pour chacun des arrêts, précisez : Le motif : La date : La durée :
7	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 ? (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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, joindre le compte rendu opératoire, histologique et/ou d'hospitalisation et précisez : Le motif : La date : La durée :
8	Avez-vous suivi au cours des 10 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. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, ou produit radioactif à visée thérapeutique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, pour chaque traitement précisez : La nature : Le motif : La date : La durée : La date de fin du protocole thérapeutique : Le motif :
9	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous réalisé des examens complémentaires (biologie, radiographie, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez lequel : La date : Les résultats :
10	Au cours des 5 dernières années, 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'1 ou 2 virus dans le sang) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez lequel : La date :
11	Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale, des examens spécialisés ou débuter un traitement ? (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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez : Lequel : La date : Le motif : Le traitement :
12	Actuellement, présentez vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez lesquelles : Depuis quelle date :

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat et sont destinées au Médecin Conseil de MUTLOG. J'autorise la collecte et l'utilisation des informations figurant dans ce questionnaire aux seules fins de traitement de mon dossier. Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus.

Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité. Je m'engage, conformément à la loi, à informer MUTLOG en cas de détérioration de mon état de santé survenant entre la date de signature de ce questionnaire et la date de prise d'effet des garanties.

Fait à Le Signature du postulant à l'assurance :