

# Questionnaire de santé

A compléter par le demandeur et à placer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil  
(Agrafer l'enveloppe à la demande d'adhésion)

M.                                       Mme                                      \* Obligatoire en cas de demande de modification  
 Nom : ..... Prénom(s) : .....  
 Nom de naissance : ..... N° adhérent \* : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Mutuelle d'appartenance : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Contrat(s) concerné(s) : .....  
 Entreprise : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....

Répondez à chaque question en cochant oui ou non

En cas de réponse positive à l'une des questions, il est indispensable de joindre pour chaque affection :

- les pièces importantes de votre dossier médical (compte-rendu d'examens complémentaires, de consultations spécialisées ou d'hospitalisation(s), compte-rendu(s) opératoire(s) et anatomopathologique(s), bilans sanguins et urinaires, ordonnances...), vous pouvez vous procurer ces pièces auprès des médecins ou des services hospitaliers privés ou publics qui vous ont pris en charge,
- les pièces administratives (notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie, CDAPH (ex COTOREP), de mise en retraite pour invalidité, arrêté ministériel, etc.).

Toute réticence ou omission, ou tout document raturé ou surchargé, ou non daté ou non signé, ou tout dossier incomplet notamment en ce qui concerne les documents médicaux demandés rend la demande irrecevable.

La différence entre votre poids en kilos et votre taille en centimètres diminuée de 100 est-elle supérieure à 15  
 (Exemple d'une personne pesant 80 kg pour une taille de 1m75 : 80-75=5, chiffre inférieur à 15)  oui     non  
 si oui, indiquez votre taille en centimètres : ..... et votre poids en kilo : .....

- Etes-vous en arrêt de travail ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? ..... quelle est la date de reprise prévue ? .....  
 \* pour quelle(s) affection(s) ? .....  
 - Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ?  oui     non  
 \* si oui, pour quelle(s) affection(s) .....  
 \* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Avez-vous été reconnu handicapé ou en invalidité ou avez-vous été mis en retraite anticipée pour invalidité ou pour inaptitude ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) .....  
 - Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une allocation compensatrice tierce personne ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? .....  
 - Bénéficiez-vous d'une rente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle d'un taux supérieur à 10 % ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? .....  
 \* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

- Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur ou une demande d'exonération est-elle en cours ?  oui     non  
 \* si oui,  
 - préciser la date ou la période d'exonération ou la date de la demande .....  
 - pour quelle(s) affection(s) .....  
 \* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.

**En cochant cette case j'accepte la clause CNIL suivante :** Les informations demandées dans ce formulaire ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées au Service Médical, sous l'autorité du Médecin conseil de MFPrévoyance. **La non-acceptation de cette clause peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier.**

Conformément à la loi "Informatique et Libertés", du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour les données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au médecin-conseil de MFPrévoyance (à l'attention des Médecins Conseils MFPrévoyance 62 rue Jeanne d'Arc 75640 Paris Cedex 13) en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité.

- Présentez-vous des séquelles de maladie(s) ou d'accident(s) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, lesquelles ? .....		
- Avez-vous subi une ou des interventions chirurgicales ou endoscopiques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous été hospitalisé plus de 3 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Etes-vous en traitement ou sous surveillance médicale ou avez-vous subi un ou des traitements continus de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? .....		
- Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat aurait été positif ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Avez-vous dans l'année :		
- être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- bénéficier d'examens autres que de prévention ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaires, ordonnances, etc		

- Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire (hanche, genou, épaule ...) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Utilisez-vous une aide technique pour vous déplacer (petit ou grand appareillage : exemple : canne, chaussure orthopédique, déambulateur, fauteuil roulant, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour l'un des actes suivants : vous alimenter, vous laver, vous habiller ou vous déplacer ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- Avez-vous consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous consulté un cardiologue au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous consulté un rhumatologue au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous consulté un psychiatre au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous consulté un pneumologue au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
- Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou curiethérapie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaires, ordonnances, etc.		

- Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement antidépresseur quelle qu'en soit la raison ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, quand ? ..... pour combien de temps ? .....		
et pour quelle(s) raison(s) ? .....		
* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances, etc.		

- Etes-vous atteint d'une affection des yeux (glaucome, cataracte, rétinopathie ...) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* si oui, laquelle		
- En cas de myopie, votre correction est-elle supérieure à 6 dioptries même à un seul œil :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné : NOM ..... Prénom(s) .....

déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère, n'avoir rien caché qui puisse gêner l'appréciation du risque à garantir, m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date réelle de mon entrée dans le contrat.

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. (Article L 113-2 du code des assurances)**

A ....., le .....

Signature précédée de la mention « je certifie l'exactitude des réponses apportées au présent questionnaire » retranscrite par la personne souhaitant être assurée.

