



## QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (QSS)

A compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les candidats à l'assurance âgés de :

- 45 ans ou moins s'assurant pour un capital inférieur ou égal à 200 000 €
- 46 ans à 66 ans et plus s'assurant pour un capital inférieur ou égal à 30 000 €

Nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : MERCURY Prénom : LUC

Je soussigné(e) déclare :

- 1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Oui  Non
- 2 Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une affection, d'une maladie de quelque nature que ce soit ou suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Oui  Non
- 3 Avez-vous été au cours des 5 dernières années, hospitalisé(e) pour un examen ou un bilan médical ayant révélé une anomalie ou une pathologie, ou pour une intervention chirurgicale ou un traitement (autre(s) que pour : végétations, amygdales, appendice, hémorroïdes, hernies de la paroi abdominale actuellement guéries, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, vésicule biliaire, dent de sagesse) ?  Oui  Non
- 4 Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ou en traitement médical pendant plus de 21 jours ?  Oui  Non
- 5 Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection longue durée (ALD) ou êtes-vous sous surveillance médicale pour un problème de santé particulier ?  Oui  Non
- 6 Devez-vous, à votre connaissance, être hospitalisé(e) ou opéré(e) ou subir des examens ou une consultation à visée diagnostique au cours des 12 prochains mois (hors bilan systématique, gynécologique, ophtalmologique ou dentaire) ?  Oui  Non

Je reconnais :

- l'exactitude de mes déclarations et j'affirme n'avoir rien d'autre à déclarer concernant ma santé.
- avoir été informé(e) que si je ne peux répondre par la négative à l'ensemble des questions du QSS ci-dessus, je devrais remplir un Questionnaire de Santé.

Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L.122-14 du Code de la Mutualité).

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par la MNCAP, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06/08/2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MNCAP, 5 rue Dosne 75116 Paris, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant votre nom, prénom ainsi que votre référence souscripteur.

Fait à AVIGNON, le 15/12/2017 20 17

Signature du candidat à l'assurance (Faire précéder de la mention « LU ET APPROUVÉ ») :

lu et approuvé