

QUESTIONNAIRE DE SANTE - Contrat n° 695003

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Pour toute réponse OUI, vous êtes invité à apporter les précisions complémentaires. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. 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 questionnaire de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil du service médical de l'assureur sous pli confidentiel à MNCAP - A l'attention du Médecin-Conseil - 5 rue Dosne 75116 PARIS ou par tous moyens à votre convenance. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes **formellement invité** à transmettre ce questionnaire sous pli confidentiel au médecin conseil du service médical de l'assureur. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, radiologies, copies d'ordonnances, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, etc...). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois à compter de la signature du présent questionnaire.**

Nom : MERCURY Prénom : LUC Nom de jeune fille : _____ Date de naissance 17/09/1971

QUESTIONS	Répondre par Oui ou Non	Si Oui, complétez les précisions demandées et joindre une copie des ordonnances et/ou des comptes rendus
1 Votre taille ? <u>194</u> cm Poids ? <u>108</u> kg		
2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, sur prescription médicale, pour raison de santé ?.....	<u>Non</u>	Pourquoi ? Depuis quand ?
Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ?.....	<u>Non</u>	Pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
3 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ?.....	<u>Non</u>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ? Suite(s) ?
Devez-vous être hospitalisé ?.....	<u>Non</u>	
Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?.....	<u>Non</u>	<i>Joindre le compte rendu opératoire et/ou histologique et/ou hospitalisation</i>
4 Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<u>Non</u>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
Avez-vous présenté des troubles psychologiques ou psychiatriques ?.....	<u>Non</u>	De quelle nature ? Depuis quelle(s) date(s) ? Cause ?
5 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?.....	<u>Non</u>	Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand
Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?.....	<u>Non</u>	Pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
6 Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?.....	<u>Non</u>	Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques, sérologiques, radiologiques ou autres dont le résultat s'est avéré anormal ?.....	<u>Non</u>	Date des examens et résultats <i>joindre les comptes rendus</i>
8 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?.....	<u>Non</u>	Lequel ou lesquels ? A quelle(s) date(s) ?

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires pour qu'une proposition d'assurance puisse m'être faite. Je reconnais également que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec l'assureur identifié dans la proposition d'assurance qui sera soumise à mon acceptation ou dans l'attestation d'assurance qui me sera adressée. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat. Les informations recueillies à l'occasion de la présente proposition de souscription sont nécessaires au traitement du dossier du demandeur d'assurance. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, ce dernier peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs, de ses Co-assureurs ou des organismes professionnels. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès du siège de la MNCAP - 5 rue Dosne 75116 PARIS. Par la signature de la demande d'adhésion, le candidat à l'assurance accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Fait à Avignon le 05/01/2017 Signature du Candidat à l'assurance

