

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer

**LES EVENTUELS COMPLEMENTS DEMANDES (QUESTIONS 2, 4 ET 6) SONT NECESSAIRES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE QUESTIONNAIRE. MERCI DE LES FOURNIR.**

<b>NOM :</b> ..... Nom de jeune fille : ..... Votre taille (hauteur) : ..... cm	<b>PRENOM :</b> ..... Date de naissance :     /     / 19 Votre poids : ..... kg
---	---

	QUESTIONS	Répondre obligatoirement par OUI ou NON	Si OUI, PRECISION DEMANDEES (utiliser si nécessaire une feuille annexe)
1	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des arrêts de travail de plus d'un mois (sauf congé légal de maternité) ? ..... - Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite ou modifiée pour raison de santé ? .....	..... .....	Date d'arrêt : .....Durée : ..... Motif : ..... Traitement suivi : ..... .....
2	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné en établissement hospitalier (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, hernie inguinale, hémorroïdes) ? ..... - A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? .....	..... .....	Lesquelles : ..... A quelle(s) date(s) : ..... Suites : ..... ..... <b>(joindre le compte rendu opératoire et/ou histologique et/ou d'hospitalisation)</b>
3	Etes-vous atteint d'une infirmité quelconque, d'une maladie grave ou chronique ou en état d'invalidité ? .....	.....	Laquelle : ..... A quelle(s) date(s) : ..... Cause : ..... Taux d'invalidité : .....
4	Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ? .....	.....	Lesquels : ..... Pour quelle affection : ..... Depuis quelle date : ..... <b>(joindre une copie de l'ordonnance)</b>
5	Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du Ticket Modérateur (prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale) ? .....	.....	Quand : ..... Pour quel motif : .....
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques (hépatite, HIV, Glycémie, ...), radiologiques ou autres dont le résultat s'est révélé <b>anormal</b> ? .....	.....	Date des examens et résultats : ..... ..... <b>(joindre les comptes rendus)</b>
7	Des propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été : - Refusées ou Ajournées ? - Acceptées avec surprime ? - Acceptées avec exclusions(s) ? .....	.....	Date : ..... Motif : ..... Date : ..... Motif : ..... Date : ..... Motif : .....
8	Etes-vous atteint d'une myopie dont la correction dépasse 5 dioptries ? .....	.....	Nombre de dioptries OG : .....Nombre de dioptries OD : .....
9	Pratiquez-vous l'une des activités ou sports suivants : Vols acrobatiques ou de compétition, sauts à l'élastique, parachutisme, parapente, varappe, escalade, alpinisme, saut à ski, spéléologie, plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 40 mètres, utilisation d'ULM, d'ailes volantes ou d'engins similaires avec ou sans moteur, de prototypes ? .....	.....	Lesquels : ..... <b>Loisirs ou compétitions ?</b> ..... Si OUI, précisez si vous souhaitez être assuré pour ce sport : ... .....
10	Utilisez-vous des moyens de transports particuliers (hélicoptère, avion privé, ...) ? .....	.....	Lesquels : ..... Fréquence : .....

Ces informations sont couvertes par le secret professionnel mais vous pouvez adresser votre questionnaire médical dûment complété et signé au Service Médical de l'assureur, ou au Médecin Conseil de l'assureur (sous pli cacheté notamment lorsque le document comporte des données médicales). Le Médecin Conseil (ou le Service Médical de l'assureur) pourra demander des pièces ou examens médicaux complémentaires qui devront être transmis sous pli confidentiel. Le Médecin Conseil répondra à toute demande d'information de votre part.

Conformément à la loi informaique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Médical de l'assureur.

Je certifie exacts les renseignements donnés sur ce formulaire et reconnais que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque, entraînerait la nullité de l'assurance, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de demande d'adhésion et celle de la prise d'effet des garanties, par courrier au Médecin Conseil de l'assureur.

Fait à

Le

*(Signature de la personne à assurer précédée de la mention "lu et approuvé")*