

NOUS VOUS REMERCIONS DE RÉPONDRE À CHAQUE QUESTION ET DE DONNER CLAIREMENT TOUTES LES PRÉCISIONS UTILES.

Les blancs et les tirets ne constituent pas une réponse.

Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.



1 Actuellement, êtes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____
2 Durant les 5 dernières années, avez-vous interrompu votre travail plus de 15 jours continus, pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Dates exactes : _____ _____
3 1. Suivez-vous un traitement médicamenteux ? 2. Êtes-vous suivi(e) par un psychiatre ou un psychologue ? 3. Êtes-vous suivi(e) par un kinésithérapeute ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel, depuis quand, motif : _____ _____ _____ Joindre obligatoirement une copie de la dernière ordonnance
4 Bénéficiez-vous, ou une demande est-elle en cours pour : 1. L'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) 2. Une rente ou une pension pour maladie ou accident ? 3. Un taux d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____ Date, motif : _____ Joindre une copie de la notification sur laquelle figure le motif médical Date, motif, taux : _____
5 Votre état de santé a-t-il nécessité un reclassement professionnel ?	<input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____
6 Avez-vous : 1. Des séquelles d'accident ? 2. Une infirmité ou un handicap ? 3. Une maladie congénitale ? 4. Une maladie génétique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ _____ _____ _____
7 Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	Quantité journalière : _____
8 Êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) : 1. pour consommation d'alcool ? 2. pour consommation de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ _____
9 Pratiquez-vous un sport ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, lequel : _____ En professionnel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10 Avez-vous déjà fait des demandes de souscription de garanties de prévoyance ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, - Acceptées avec surprimes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Acceptées avec exclusions <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Ajournées ou refusées <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez le motif : _____
11 VOTRE TAILLE (en cm) : <input type="text"/>		VOTRE POIDS (en kg) : <input type="text"/>

12 DANS LE PASSÉ 1. Avez-vous été hospitalisé(e) ? 2. Avez-vous été opéré(e) ? 3. Une biopsie est-elle prévue ? 4. Avez-vous effectuer les examens suivants : coloscopie, fibroscopie, échographie (sauf grossesses) écho-doppler, électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), échographie du cœur, examens sanguins, radiographies, scanner, IRM, autre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOTIF, DATE ET RÉSULTATS ? _____ _____ _____ _____ Joindre obligatoirement la photocopie des comptes-rendus
--	--	--

13 ACTUELLEMENT OU DANS LES MOIS À VENIR 1. Devez-vous être hospitalisé(e) ? 2. Devez-vous être opéré(e) ? 3. Une biopsie est-elle prévue ? 4. Devez-vous effectuer les examens suivants : coloscopie, fibroscopie, échographie (sauf grossesses) écho-doppler, électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), échographie du cœur, examens sanguins, radiographies, scanner, IRM, autre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOTIF, DATE PRÉVUE ? _____ _____ _____ _____ _____
---	--	--

AVEZ-VOUS ÉTÉ OU ÊTES-VOUS ATTEINT(E) D'UNE DES AFFECTIONS CI-DESSOUS :

Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.



14 Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/>	Précisez : la maxima : _____ la minima : _____
15 Maladies du cœur :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
16 Affections vasculaires, artérites :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
17 Affections pulmonaires :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
18 1. Maladies du foie :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
2. Maladies des voies biliaires et pancréas :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
3. Hépatites :	<input type="checkbox"/>	Type : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
19 Troubles digestifs, hernie hiatale, maladies du colon et du rectum :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
20 Maladies des reins et des voies urinaires :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
21 1. Maladies psychiques ou psychiatriques :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
2. Dépression nerveuse, état anxieux :	<input type="checkbox"/>	Mentionnez les arrêts en rapport : _____
22 1. Sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson, paralysie même de courte durée, accident cérébral :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
2. Autres maladies neurologiques :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
3. Syndrome du canal carpien :	<input type="checkbox"/>	Coté droit : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Coté gauche : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
23 1. Maladies des os ou des articulations :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
2. Déformation des os et articulations, en particulier des mains et/ou des pieds :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
24 Pathologies traumatiques :		Localisation : _____
1. Fracture :	<input type="checkbox"/>	Date : _____ Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Entorse :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
3. Luxation :	<input type="checkbox"/>	_____
25 Douleurs de la colonne vertébrale, cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lombalgies, lumbago, sciatique, scoliose :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Arrêts de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, date et durée : _____
26 Fibromyalgie :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
27 Tumeurs ou pathologies cancéreuses :	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : _____ Date de fin du traitement : _____
28 Maladies du sang :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
29 Maladies infectieuses, maladies tropicales :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
30 Consultez-vous régulièrement un ophtalmologue ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez la fréquence : _____ Et la pathologie concernée : <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Presbytie <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Décollement de rétine <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Atteinte/champ visuel <input type="checkbox"/> Rétinite pigmentaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Cette pathologie concerne : <input type="checkbox"/> un œil <input type="checkbox"/> ou les deux yeux Votre acuité visuelle après correction est-elle inférieure à 5/10°? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Joindre la dernière ordonnance de prescription ou le dernier bilan de votre ophtalmologue
31 1. Vertiges :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
2. Affections auditives :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
32 Diabète :	<input type="checkbox"/>	Joindre une copie du dernier bilan
33 Cholestérol, triglycérides :	<input type="checkbox"/>	Joindre une copie du dernier bilan
34 1. Affections cutanées actuelles :	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez la pathologie, sa localisation et le traitement : _____
2. Eczéma récidivant, psoriasis chronique :	<input type="checkbox"/>	_____
35 Questions réservées à la femme :		
1. Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	Date présumée du terme : _____
2. Affections gynécologiques :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
3. Troubles de la fécondité :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Les données collectées dans ce questionnaire sont indispensables à la prise en compte de votre demande d'adhésion. Mutex met en œuvre un traitement de données à caractère personnel et confidentiel, afin de gérer vos garanties. Les données collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de Mutex. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du Médecin Conseil de Mutex, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex.

RAPPEL IMPORTANT

Ce questionnaire doit être entièrement complété par l'assuré(e) et accompagné des documents demandés.
Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété.
Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai relu. Je reconnais savoir que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à : _____ Le :

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite :

"Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main".

Signature :

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL



www.mutex.fr

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex