

Contrat collectif obligatoire

Ce questionnaire doit être complété par chaque salarié et joint au dossier de souscription Chorum



Questionnaire Médical Simplifié

À REMPLIR PAR LA MUTUELLE

L'entreprise

Raison sociale : _____ N° Siret : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de contrat (à remplir en cas d'embauche d'un nouveau salarié au sein de l'entreprise) : _____

À REMPLIR PAR LE SALARIÉ(E)

Vous (l'assuré)

M. M^{me} M^{lle}

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Age : _____ ans

Lieu de naissance : Département : _____ Ville : _____

Adresse :

Bâtiment, résidence, escalier, étage : _____

N° de voie, type et nom de voie : _____

Ville, commune : _____

Code postal : _____ Bureau distributeur : _____ Pays : 0 0 1

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Nombre d'enfants à charge : _____

Profession actuelle : _____

Profession(s) antérieure(s) : _____

Mutuelle Chorum

Code organisme : 75063

Questionnaire médical simplifié à remplir par le salarié

POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, N'APPORTER NI COMMENTAIRE NI CORRECTION À CETTE DÉCLARATION.

Êtes-vous en arrêt de travail ou avez-vous été obligé(e) d'interrompre votre activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années ? OUI NON

Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) ou une demande est-elle en cours ? OUI NON

Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie congénitale et/ou d'une maladie chronique ? OUI NON

Avez-vous suivi pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux (même homéopathique), un suivi spécialisé ou une thérapie par un psychiatre ou un psychologue, des séances de rééducation ou de kinésithérapie ? OUI NON

Avez-vous subi une intervention chirurgicale et/ou une hospitalisation, même d'une journée, au cours des cinq dernières années ou devez-vous en subir une (sauf appendicite, amygdales et végétations, maternité et hernie inguinale) ? OUI NON

Avez-vous présenté des anomalies lors d'une analyse de sang, d'urines ou tout autre examen de laboratoire au cours des cinq dernières années ? OUI NON

Rapport Poids/Taille

Le résultat de l'opération :

Poids en kilogramme divisé par (taille x taille) en mètre, est-il égal ou supérieur à 30 : OUI NON

Exemple : une personne d'un poids de 95 kg mesurant 1m76 ;

soit : $\frac{95}{1,76 \times 1,76} = 30$ (Indice de Masse Corporelle).

>> Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez :

1. Compléter le questionnaire médical complet
2. Adresser, dans l'enveloppe confidentielle « médecin conseil », le questionnaire médical complet et le questionnaire médical simplifié.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription des garanties. Elles sont destinées à Mutex, en tant que responsable du traitement. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de Mutex. Dans l'hypothèse où vous répondez « OUI » à l'une des questions posées ci-dessus, le présent document est destiné au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de Mutex, en tant que responsable du traitement des dossiers pour la gestion des garanties. Le droit d'accès et de rectification dont vous disposez s'exerce auprès du Médecin Conseil.

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 et reconnais 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 "Lu et approuvé"



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