

**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 pour raison médicale pendant plus de 15 jours continus ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Dates exactes :
3.	1 - Suivez-vous un traitement médicamenteux, 2 - Êtes-vous suivi par un psychiatre ou un psychologue, 3 - Êtes-vous suivi par un kinésithérapeute ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel, depuis quand, motif : Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance
4.	Bénéficiez-vous : 1 - de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) ou une demande est-elle en cours ? 2 - d'une rente ou d'une pension pour maladie ou accident ? 3 - d'un taux d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date, motif : Date, motif : 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.	Avez-vous eu ou avez-vous un suivi médical lié à l'alcool ?	<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 souscriptions de garanties de prévoyance ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez si elles ont été : - Acceptées avec surprimes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ou 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 :		VOTRE POIDS :

12.	DANS LE PASSÉ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOTIF, DATE ET RÉSULTATS ?
	1 - Avez-vous été hospitalisé(e) ? 2 - Avez-vous été opéré(e) ? 3 - Avez-vous effectué les examens suivants : coloscopie, fibroscopie, échographie (sauf grossesses), écho-doppler, électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), échographie du cœur, examens sanguins, radiographies, scanner, IRM ?	 JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DES COMPTES RENDUS

13.	ACTUELLEMENT OU DANS LES MOIS À VENIR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUR QUEL MOTIF ET À QUELLE DATE ?
	1 - Devez-vous être hospitalisé(e) ? 2 - Devez-vous être opéré(e) ? 3 - 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 ?	

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="text"/>	la maxima : la minima :	Précisez :
15.	Maladies du coeur :	<input type="text"/>	Précisez :	
16.	Affections vasculaires, artérites :	<input type="text"/>	Précisez :	
17.	Affections pulmonaires :	<input type="text"/>	Précisez :	
18.	1 - Maladies du foie :	<input type="text"/>	Précisez :	
	2 - Maladies des voies biliaires et pancréas :	<input type="text"/>	Précisez :	
	3 - Hépatites :	<input type="text"/>	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="text"/>	Précisez :	
20.	Maladies des reins et des voies urinaires :	<input type="text"/>	Précisez :	
21.	1 - Maladies psychiques ou psychiatriques :	<input type="text"/>	Précisez :	
	2 - Dépression nerveuse, état anxieux :	<input type="text"/>	Mentionnez les arrêts en rapport :	
22.	1 - Sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson, Paralyse même de courte durée, Accident cérébral :	<input type="text"/>	Précisez :	
	2 - Autres maladies neurologiques :	<input type="text"/>	Précisez :	
	3 - Syndrome du canal carpien :	<input type="text"/>	Côté droit : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Côté gauche : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
23.	1 - Maladies des os ou des articulations :	<input type="text"/>	Précisez :	
	2 - Déformation des os et articulations en particulier des mains et des pieds :	<input type="text"/>	Précisez :	
24.	1 - Fracture :	<input type="text"/>	Localisation :	
	2 - Entorse :	<input type="text"/>	Date : Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	3 - Luxation :	<input type="text"/>	Précisez :	
25.	Douleurs de la colonne vertébrale, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago, sciatique, scoliose, névralgies cervico-brachiales :	<input type="text"/>	Précisez : Arrêts de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Durée :	
26.	Fibromyalgie	<input type="text"/>	Précisez :	
27.	Tumeurs ou pathologies cancéreuses :	<input type="text"/>	Date de diagnostic : Date de fin de traitement :	
28.	Maladies du sang	<input type="text"/>	Précisez :	
29.	Maladies infectieuses, maladies tropicales :	<input type="text"/>	Précisez :	
30.	1 - Cataracte, glaucome, rétinopathie :	<input type="text"/>	Précisez :	
	2 - Autre maladie des yeux :	<input type="text"/>	Précisez :	
31.	Votre acuité visuelle avec correction est-elle inférieure à 7/10 ^{ème} ?	<input type="text"/>	Si OUI, degré de vision après correction Oeil droit :/10 Oeil gauche :/10 Joindre copie du dernier bilan	
32.	Vertiges, affections auditives :	<input type="text"/>	Précisez :	
33.	Diabète :	<input type="text"/>	Joindre copie du dernier bilan	
34.	Cholestérol, triglycérides :	<input type="text"/>	Joindre copie du dernier bilan	
35.	1 - Affections cutanées :	<input type="text"/>	Localisation et traitement :	
	2 - Eczéma, psoriasis, ulcères :	<input type="text"/>	
36.	Questions réservées à la femme :			
	1 - Êtes-vous enceinte ?	<input type="text"/>	Combien de mois ?	
	2 - Affections gynécologiques :	<input type="text"/>	Laquelle ?	
	3 - Troubles de la fécondité :	<input type="text"/>	Précisez :	

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les réponses aux questions de ce questionnaire sont obligatoires pour la souscription des garanties. Elles sont destinées au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.), en tant que responsable du traitement des dossiers pour la gestion des garanties. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès du Médecin Conseil.

RAPPEL IMPORTANT

**TOUT QUESTIONNAIRE COMPORTANT DES QUESTIONS SANS RÉPONSE OU NON REMPLI CORRECTEMENT
SERA RENVOYÉ À L'INTÉRESSÉ POUR ÊTRE COMPLÉTÉ**

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 relues. Je reconnais savoir que toute fausse déclaration intentionnelle de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la nullité de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à :

Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature du membre participant *(précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVÉ »)*

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

LA SMAR

Mutuelle n° 775 666 316

Siège social : 8 rue de Helder – 75441 PARIS CEDEX 09

propose le contrat assuré par l'UNION NATIONALE DE LA PRÉVOYANCE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (U.N.P.M.F.)

Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistré au Registre National des Mutuelles

sous le n° 442 574 166 agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22.

Siège social : 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS

Adresse postale : TE 39001 – 75719 PARIS CEDEX 15.