

Questionnaire médical complet

à joindre à toute demande d'adhésion sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil

8 • Au cours des 10 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ? OUI NON
si OUI, donnez les précisions suivantes :

- 1 Localisation : _____
2 Date de diagnostic : _____
3 Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie) : _____
4 Y a-t-il eu une rechute ? OUI NON Date : _____

9 • Etes-vous suivi(e) pour une des affections suivantes ? :

donnez des précisions et indiquez le traitement

- 1 Hypertension artérielle ? OUI NON _____
2 Troubles cardio-vasculaires ? OUI NON _____
3 Artérite des membres inférieurs ? OUI NON _____
4 Atteinte des vaisseaux du cou ? OUI NON _____
5 Troubles respiratoires ? OUI NON _____
6 Autre pathologie ? OUI NON _____

10 • Avez-vous une maladie des os et des articulations ?

OUI NON

si OUI, précisez si cela concerne :

- 1 De l'arthrose ? OUI NON localisation : _____
2 Une prothèse ? OUI NON localisation : _____
3 Une polyarthrite rhumatoïde ? OUI NON date de début : _____
4 Une autre maladie rhumatismale ? OUI NON laquelle : _____
date de début : _____
5 Avez-vous une atteinte des mains ou des pieds OUI NON précisez : _____

11 Depuis 10 ans avez-vous ou avez-vous eu des troubles psychiques ?

OUI NON

si OUI, avez-vous été :

- Suivi(e) par un psychiatre ? OUI NON précisez _____
Hospitalisé(e) en psychiatrie ? OUI NON précisez _____
Suivi(e) pour une dépression nerveuse ? OUI NON date de début : _____

12 • Etes-vous suivi(e) pour un diabète ?

OUI NON

Si OUI joindre les documents suivants :

- Dernière ordonnance concernant le diabète
Dernier bilan ophtalmologique avec résultat du fond d'œil
Dernière prise de sang avec dosage de l'HbA1c

13 • Depuis 10 ans avez-vous présenté une des affections suivantes ? :

Laquelle ? Quand ? Donnez des précisions

- 1 Epilepsie, vertiges, perte de connaissance, tremblements OUI NON _____
2 Troubles de la parole, troubles de l'écriture OUI NON _____
3 Troubles de la mémoire OUI NON _____
4 Accident ischémique transitoire (AIT), paralysie OUI NON _____
5 Maladie des muscles, myopathie, troubles de la marche OUI NON _____
6 Tout autre maladie neurologique OUI NON _____

14 • Avez-vous ou avez-vous eu une des maladies suivantes ?

OUI NON

Maladie d'Alzheimer, Sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson, Accident vasculaire cérébral (AVC), hémorragie cérébrale

15 • Maladies des yeux

- Consultez-vous un ophtalmologue ? OUI NON Si OUI précisez la fréquence _____
Portez-vous une correction pour voir de près ? OUI NON la correction est elle efficace ? OUI NON
pour voir de loin ? OUI NON la correction est elle efficace ? OUI NON
Etes-vous suivi pour une pathologie oculaire autre que CATARACTE, MYOPIE , PRESBYTIE , ASTIGMATISME , HYPERMETROPIE
 OUI NON

Si OUI Précisez la pathologie : _____ le traitement : _____

Précisez si cette pathologie concerne un œil ou les deux yeux

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DERNIER BILAN OPHTALMOLOGIQUE

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'organisme ayant recueilli votre adhésion ou 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 sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. J'ai été informé 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 :

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL



www.mutex.fr

Assureur des garanties :

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, enregistrée au Registre National des Mutuelles, sous le numéro 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

Souscripteur : La SMAR

Mutuelle n° : 775 666 316 - Siège social : 8 rue du Helder - 75441 PARIS CEDEX 09