Dépendance

Questionnaire médical simplifié

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT / ASSURÉ :

Civilité : ☐ M. ☐ Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : __ __ ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ou Concubin(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

Situation professionnelle : ☐ Actif ☐ Retraité ou préretraité (date de départ en retraite ou préretraite) __ __ ____

☐ Autre situation à préciser

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON s'il est répondu OUI à l'une d'elles, le proposant devra faire remplir un questionnaire MÉDICAL PAR SON MÉDECIN TRAITANT.

1	Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la sécurite sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ou en cours ?	☐ Oui	☐ Non
2	Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10 % ou une demande de pension d'invalidité est-elle en cours ou va-t-elle être engagée?	☐ Oui	☐ Non
3	Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus, au cours des 5 dernieres années, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hemorroïdectomie ou une varicectomie ?	☐ Oui	☐ Non
4	Au cours des 5 dernieres années, avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (par médicaments, kinésitherapie, psychothérapie, autres) pour une autre affection qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause?	☐ Oui	☐ Non
5	Devez-vous subir prochainement des examens médicaux, un traitement, une intervention chirurgicale, ou être hospitalisé ?	☐ Oui	☐ Non

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer, toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le code des assurances (Art. L 113-8 : nullité du contrat et art. L 113-9 : réduction des indemnités).

Mutex met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de gérer votre garantie. 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.

Fait à : _____

Le : __ __ ____

Signature de la personne à assurer :

15313 - Réalisation PAO Mutex - 06/2015

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