

## Questionnaire médical simplifié

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT / ASSURÉ :

Civilité :  M.  M<sup>me</sup>

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 sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ou en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus, au cours des 5 dernières années, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4	Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (par médicaments, kinésithérapie, psychothérapie, autres) pour une autre affection qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5	Devez-vous subir prochainement des examens médicaux, un traitement, une intervention chirurgicale, ou être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 :

[www.mutex.fr](http://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