

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Le Médecin Conseil pourra demander des pièces ou examens complémentaires.

Ce questionnaire médical doit être transmis, accompagné le cas échéant des pièces justificatives, sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil : Mutuelle PréviFrance à l'attention du Médecin Conseil - Contrat santé - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le : _____ N° sécurité sociale _____

Profession : _____

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RENVOYÉ

Si vous répondez oui, merci de compléter impérativement la colonne de droite (utiliser si nécessaire une feuille annexe)

1 Merci d'indiquer votre taille / poids : Suivez-vous un régime ?	Taille : cm Poids : kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2 Suivez-vous actuellement un traitement, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ? Pour quelle affection ? Depuis quelle date ?
3 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lequel : <i>Si toujours en cours, joindre la copie de l'ordonnance</i> Pour quelle affection : Depuis quelle date :
4 Devez-vous dans les 6 prochains mois : • Subir des tests de diagnostic ou examens de suivi ? • Être hospitalisé ? • Subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À quelle(s) date(s) : Lesquels : Pour quels motifs : À quelle(s) date(s) : Motif(s) : À quelle(s) date(s) : Motif(s) :
5 Avez-vous effectué au cours des 10 dernières années un séjour • En hôpital ou clinique ? • En établissement hospitalier spécialisé ? • En cure thermale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date des séjours, durée(s) et motif(s) : <i>Joindre le ou les comptes-rendus d'hospitalisation</i>
6 Pendant les 10 dernières années, avez-vous présenté : • Une affection médicale ayant nécessité un traitement en milieu hospitalier sous forme de rayons ou de séries de perfusions ? • Un arrêt de travail supérieur à 3 mois ? • Une invalidité de taux supérieure à 33 % ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pour quels motifs ?

Fait à _____ Le _____

Je soussigné certifie que les déclarations ci-dessus, devant servir de base à l'assurance, sont exactes, complètes et sincères. En cas de réticence ou fausse déclaration il sera fait application des articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité. Je suis informé que les réponses à ce questionnaire sont obligatoires pour permettre l'appréciation du risque susceptible d'être pris en charge par la Mutuelle ; j'accepte qu'elles soient communiquées au Médecin Conseil et aux personnes dûment habilitées à les traiter.

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet devait intervenir ultérieurement, la décision de la Mutuelle pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales. Si un arrêt de travail survient entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet prévue dans le certificat d'adhésion le signataire de ce questionnaire médical doit en informer immédiatement la Mutuelle.

Conformément à la réglementation sur la protection des données et sur le secret médical, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser votre demande, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à Mutuelle PréviFrance Médecin Conseil Prévoyance - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

Signature obligatoire

Pourquoi remplir un questionnaire médical ?

Le questionnaire médical est indispensable pour permettre à la Mutuelle d'apprécier les risques que votre profil représente.

Selon vos déclarations et votre degré de risque, la Mutuelle peut :

- accepter de vous couvrir ;
- refuser de vous couvrir si le risque est trop important ;
- refuser de couvrir une affection c'est-à-dire mettre une exclusion spécifique ;
- demander la réalisation d'examens complémentaires si le contenu de vos déclarations est insuffisant pour trancher.

Il est important de renseigner si vous êtes en bonne santé ou si vous devez prochainement subir des examens médicaux, biologiques, radiologiques, une hospitalisation.

Il est conseillé de joindre au questionnaire médical tous les documents que vous possédez et que votre médecin peut vous transmettre relatifs à votre état de santé. Il peut s'agir de vos derniers comptes rendus d'hospitalisation, consultations de spécialistes, résultats de radiographie, de scanners ou d'IRM. En fournissant tous les éléments nécessaires, votre dossier sera traité plus rapidement. Pensez également à joindre vos dernières ordonnances.

Sachez que vos déclarations sont à destination du Médecin Conseil de la Mutuelle et sont donc soumises au secret médical.

Bien sûr, il est recommandé de répondre avec précision et sincérité aux questions posées dans le formulaire ou à l'occasion de la visite médicale. Toute omission ou fausse déclaration de votre part vous exposerait à un refus d'indemnisation en cas de sinistre, voire à la nullité de votre contrat.

Que se passe-t-il en cas d'omission ou de fausse déclaration ?

Conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité, toute fausse déclaration, de nature à atténuer l'importance du risque et ayant eu une incidence sur la décision de la Mutuelle d'accepter l'adhésion, entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Conformément à l'article L221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant tout sinistre peut entraîner la résiliation de l'adhésion dix jours après sa notification.

Dans le cas où la constatation a lieu après la réalisation du sinistre, la prestation pourra être réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Assuré par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Vous devez remplir le questionnaire médical de manière sincère et répondre sans rature ni surcharge à toutes les questions en cochant la case concernée et compléter les rubriques correspondantes.