

PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Questionnaire médical complet

Facultatif Obligatoire

Code organisme

Cachet de l'organisme

Merci d'écrire en MAJUSCULES

À REMPLIR PAR LA MUTUELLE

L'entreprise

Raison sociale

N° Siret

Code postal Ville

N° de contrat à compléter obligatoirement pour les contrats collectifs à adhésion facultative

Cette partie doit être complétée par le conseiller avant qu'il ne vous remette le formulaire à remplir.

À REMPLIR PAR LE SALARIÉ(E) M^{me} M.

Vous (l'assuré)

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance Âge ans

Lieu de naissance

Département de naissance

Ville

Adresse

Code postal Ville

Pays

Situation de famille Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Nombre d'enfants à charge

Profession actuelle

Profession(s) antérieure(s)

Montant du dernier salaire annuel €

VOS GARANTIES

Vous bénéficiez des garanties cochées ci-après

Indemnités journalières Rente invalidité ⁽¹⁾

Décès ⁽¹⁾ Rente conjoint ⁽¹⁾

Rente éducation ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cochez la / les case(s) choisie(s)



Paraphe

A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E) - Nous vous remercions de répondre à chaque question et de donner clairement toutes les précisions utiles.

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé vous concernant afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Ces traitements ont pour base légale votre consentement à communiquer vos données et l'intérêt légitime de Mutex à gérer votre contrat. Les données ainsi collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex. Ces données sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, d'opposition, de portabilité, ou de limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier auprès du Médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

1 1. Êtes-vous en arrêt de travail ? OUI NON Date : _____
 2. Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 15 jours continus au cours des 5 dernières années ? OUI NON Motif : _____

2 1. Avez-vous une maladie professionnelle ? OUI NON **Précisez le motif médical et joindre une copie de la notification sur laquelle figure le motif médical**
 2. Un dossier a-t-il été déposé à la MDPH (1) ? OUI NON _____
 3. Avez-vous bénéficié d'un poste de travail aménagé ? OUI NON _____
 4. Avez-vous bénéficié d'un reclassement professionnel ? OUI NON _____
 5. Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% pour ALD (2), ou une demande est-elle en cours ? OUI NON _____
 6. Bénéficiez-vous d'une rente invalidité ou une demande est-elle en cours ? OUI NON _____

3 1. Avez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ? OUI NON Depuis quelle date : _____
 2. Avez-vous une maladie congénitale ? OUI NON Précisez : _____

4 Avez-vous déjà fait l'objet, lors d'une demande d'adhésion à un contrat de prévoyance : Précisez le motif : _____
 1. D'un ajournement ou d'un refus ? OUI NON _____
 2. D'une acceptation avec surprimes ? OUI NON _____
 3. D'une acceptation avec exclusions ? OUI NON _____

5 Fumez-vous ? OUI NON Quantité journalière de **cigarettes** : _____
 Âge de début : _____
 Si NON avez-vous fumé ? OUI NON Quantité journalière de **cigarettes** : _____
 Date de début : _____ Date de fin : _____

6 Êtes-vous suivi ou avez-vous été suivi : Précisez : _____
 1. Pour consommation d'alcool ? OUI NON _____
 2. Pour consommation de drogues illicites ? OUI NON _____

7 Pratiquez-vous un sport ? OUI NON Si oui, lequel : _____

8 1. Suivez-vous un traitement médicamenteux depuis plus de 30 jours ? OUI NON Précisez le traitement : _____
 2. Au cours de 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médicamenteux de plus de 30 jours ? OUI NON Précisez le motif : _____
Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance

9 Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous : Précisez le traitement : _____
 1. D'un suivi par un kinésithérapeute ou ostéopathe ? OUI NON Pour quel motif : _____
 2. D'un suivi par un neurologue ? OUI NON _____
 3. D'un suivi par un psychiatre ou un psychologue ? OUI NON _____
 4. De consultations pour souffrance au travail ? OUI NON **Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance**

10 Veuillez indiquer **VOTRE TAILLE (en cm)** : **VOTRE POIDS (en kg)** :

11 **EXAMENS MEDICAUX DANS LE PASSÉ** **Joindre obligatoirement la photocopie des comptes rendus**

	DATES	MOTIFS	RÉSULTATS
1. Avez-vous été hospitalisé(e) même en ambulatoire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
2. Avez-vous été opéré(e) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
3. Avez-vous effectué les examens suivants :			
<input type="checkbox"/> Coloscopie			
<input type="checkbox"/> Fibroscopie			
<input type="checkbox"/> Echo-doppler			
<input type="checkbox"/> Electromyogramme			
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme			
<input type="checkbox"/> Echographie du cœur			
<input type="checkbox"/> Radiographies			
<input type="checkbox"/> Scanner			
<input type="checkbox"/> IRM			
<input type="checkbox"/> Scintigraphie			
<input type="checkbox"/> Biopsie			
<input type="checkbox"/> EFR			
<input type="checkbox"/> Echographie (sauf grossesses)			
<input type="checkbox"/> AUTRES			
<input type="checkbox"/> Examens sanguins ou urinaires (sauf contraception et grossesse)			



(1) MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées. (2) ALD : Affection de Longue Durée.

Paraphe

12 EXAMENS MEDICAUX ACTUELLEMENT OU DANS LES MOIS A VENIR

1. Devez-vous être hospitalisé(e) même en ambulatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATES	MOTIFS
2. Devez-vous être opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
3. Devez-vous effectuer les examens suivants :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
<input type="checkbox"/> Coloscopie	<input type="checkbox"/> Fibroscopie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Echo-doppler	<input type="checkbox"/> Electromyogramme	_____	_____
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/> Echographie du cœur	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiographies	<input type="checkbox"/> Scanner	_____	_____
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Scintigraphie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> EFR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Echographie (sauf grossesses)	<input type="checkbox"/> AUTRES	_____	_____
<input type="checkbox"/> Examens sanguins ou urinaires (sauf contraception et grossesse)		_____	_____

AVEZ-VOUS ÉTÉ OU ÊTES-VOUS ATTEINT(E) D'UNE DES AFFECTIONS CI-DESSOUS :

13 Diabète :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Joindre copie du dernier bilan sanguin	
14 Cholestérol, triglycérides :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Joindre copie du dernier bilan sanguin	
15 Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prenez-vous un traitement pour l'hypertension artérielle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
16 Maladies du cœur :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
17 1. Artérite. Autre affection des artères :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Insuffisance veineuse. Phlébite :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
18 1. Affections pulmonaires, insuffisance respiratoire :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Syndrome d'apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
19 1. Maladies du foie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladies des voies biliaires et du pancréas :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
3. Hépatites :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Type: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre	
20 1. Maladie de l'œsophage et de l'estomac :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladies du colon et du rectum :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
21 1. Maladies des reins :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladie de la vessie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Maladie des voies urinaires :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
22 1. Maladies psychiques ou psychiatriques :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Dépression nerveuse, état anxieux, « Burn out » :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous été hospitalisé(e): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée : _____	
23 1. Sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Paralyse même brève, accident cérébral :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Autres maladies neurologiques :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
4. Maladies des muscles, myasthénie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
24 Présentez-vous :			
un syndrome du canal carpien DROIT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Opéré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Séquelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
un syndrome du canal carpien GAUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Opéré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Séquelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
25 1. Maladies des os ou des articulations :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. MAINS : douleur, déformation ou autre atteinte :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. PIEDS : douleur, déformation, gêne à la marche :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
26	Localisation:	Dates	Précisez les séquelles:
Fracture:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____	_____	_____
Entorse:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____	_____	_____
Luxation:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____	_____	_____
Tendinite:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____	_____	_____
27 1. Douleurs de la colonne vertébrale, scoliose :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Sciatique, cruralgie, névralgies cervico-brachiales :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Durée des arrêts de travail : _____	



Paraphe

AVEZ-VOUS ÉTÉ OU ÊTES-VOUS ATTEINT(E) D'UNE DES AFFECTIONS CI-DESSOUS :

- 28 1. Fibromyalgie, SPID ⁽³⁾ : OUI NON Précisez : _____
 2. Troubles musculosquelettiques : OUI NON _____
 3. Hyperlaxité ligamentaire : OUI NON _____

- 29 Tumeurs, pathologies cancéreuses : OUI NON Localisation : _____
 Date de diagnostic : _____
 Date de fin de traitement : _____
Joindre le dernier compte rendu de surveillance

- 30 Maladies du sang, maladies des ganglions : OUI NON Précisez : _____

- 31 Maladies infectieuses, maladies tropicales : OUI NON Précisez : _____

- 32 1. Pathologies thyroïdiennes : OUI NON Précisez : _____
 2. Maladies de l'hypophyse, des glandes surrénales : OUI NON _____
 3. Maladies des glandes parathyroïdes : OUI NON _____

- 33 1. Affections cutanées actuelles : OUI NON Si OUI précisez la pathologie, sa localisation et le traitement : _____
 2. Eczéma récidivant, psoriasis chronique : OUI NON _____

- 34 1. Vertiges, acouphènes OUI NON Précisez : _____
 2. Affections auditives : OUI NON _____

- 35 Questions réservées aux femmes :
1. Êtes-vous **enceinte** ? OUI NON Combien de mois ? _____
 2. Avez-vous une affection gynécologique ? OUI NON Précisez : _____
 3. Avez-vous des troubles de la fécondité ? OUI NON Précisez : _____

- 36 Avez-vous une des pathologies oculaires : OUI, précisez : NON **Si OUI joindre la dernière ordonnance pour vos lunettes et le dernier compte rendu de consultation ophtalmologique**
- Hypertonie oculaire Glaucome Atteinte champ visuel
 Rétinopathie DMLA ⁽⁴⁾ Rétinite pigmentaire
 Décollement de rétine Myopie Kératocône
 Perte de vision d'un œil Autre pathologie Précisez : _____
 Votre acuité visuelle après correction est-elle inférieure à 5/10^e OUI NON
 Vos troubles visuels concernent un œil les deux yeux _____

⁽³⁾ SPID : Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus. ⁽⁴⁾ DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge.

RAPPEL IMPORTANT

Le questionnaire doit impérativement être complété par l'assuré(e)
 Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété.
 Après avoir complété et signé ce formulaire, celui-ci doit être glissé dans l'enveloppe ci-jointe destinée exclusivement au Médecin Conseil.

Je certifie l'exactitude de mes réponses aux questions ci-dessus et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de mon contrat conformément à l'article L. 113 -8 du Code des Assurances.

Je donne par ailleurs mon accord au traitement des données relatives à mon état de santé dans le cadre de la gestion de la demande en cours et du suivi de mon contrat.

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 :

RÉSERVÉ AU CONTRÔLE MEDICAL

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
 Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
 Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

