

QUESTIONNAIRE MEDICAL

N° d'ordre de l'assuré (voir page 4)	ADULTE N° 1	ADULTE N° 2	ENFANT N° 1	ENFANT N° 2	ENFANT N° 3	ENFANT N° 4	ENFANT N° 5	ENFANT N° 6	ENFANT N° 7	ENFANT N° 8
Taille et poids (au dessus de 12 ans)										
Avez-vous déjà été assuré par un contrat "Maladie" ? (Précisez). Ce contrat a-t-il été résilié pour sinistre ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous souffert de maladies graves ou chroniques telles que : tuberculose, asthme, pleurésie, ulcères, maladies du foie, maladies des voies urinaires, maladies vénériennes, déficience osseuse ou articulaire, rhumatisme, cataracte, sinusite, maladie de la peau, paludisme, maladie du système nerveux central et périphérique, hernies, etc... Dans l'affirmative : Lesquelles ? indiquer l'époque.	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Parmi les maladies ou infirmités limitativement énumérées ci-après, en est-il une dont vous souffrez ou dont vous avez souffert ? Surdité, cécité partielle ou totale, mutilé, diabète, paralysie totale ou partielle, délire alcoolique, maladie cardiaque ou trouble cardio-vasculaire, maladie du cerveau ou de la moelle épinière, apoplexie, anévrisme, épilepsie, maladie mentale (1). Trouble du caractère ou du comportement, nervose, psychose, démence précoce, délire, psychopatie, confusion mentale, maladie psychomatique... Dans l'affirmative : Définissez normmément votre cas :	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Dans l'affirmative : Lesquelles ? indiquer l'époque. Devez-vous subir une intervention chirurgicale prochainement ? Dans l'affirmative : Lesquelles ? indiquer la date prévue.	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Souffrez-vous d'une infirmité, d'une malformation ou d'une maladie chronique ayant donné lieu ou non à traitement médical ? Dans l'affirmative : Quelle est la nature ? (Le cas échéant précisez le taux PP)	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous séjourné dans un hôpital, dans une clinique, en maison de santé, établissement thermal, sanatorium, hôpital psychiatrique ? Dans l'affirmative, précisez : nature de l'établissement, date et durée du séjour.	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous consulté votre médecin au cours des 24 derniers mois ? Dans l'affirmative : Pour quelle maladie ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
L'Assuré fait-il usage d'engin à deux roues de plus de 50 centimètres cube, ou pratique-t-il l'un des sports suivants : ski nautique, plongée ou pêche sous-marine, patinage, ski, bob, leigh ascension de glacière ou autres sports de neige ? Dans l'affirmative, précisez.	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous déjà été assuré contre les accidents corporels ? Etes-vous actuellement titulaire d'un contrat vie ou décès ? Dans l'affirmative, précisez.	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>

OBSERVATION IMPORTANTE : Tous renseignements complémentaires confidentiels à une meilleure appréciation par la mutuelle de votre état général de santé ou de celui d'un de vos bénéficiaires devant être mentionnés sur papier libre et joints sous plis fermé à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

CADRE RESERVE A LA MUTUELLE