

# Questionnaire de santé

A compléter par le demandeur et à placer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de MFPrévoyance TSA

90555 Prévoyance - 94116 Arcueil Cedex

(Agrafer l'enveloppe à la demande d'adhésion)

Questionnaire à retourner sous deux mois maximum à compter de la date de signature

• **Mutuelle** : .....

• **Contrat souscrit** : ..... **Entreprise ou Administration** : .....

M     Mme    Nom de naissance : .....

• **Nom d'usage** : ..... **Prénoms** : .....

• **Date de naissance** : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    **Lieu de naissance** : .....

• **Adresse actuelle** : .....

• **Code postal** : ..... **Ville** : .....

• **Résident fiscal français** :  OUI     NON :    **Pays** .....

• **N° de téléphone** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_    **Mél.** (en lettre capitale) : .....@.....

**Répondez à chaque question** en cochant oui ou non. En cas de réponse positive à l'une des questions, il est indispensable de joindre pour chaque affection :

- les pièces importantes de votre dossier médical (compte-rendu d'examens complémentaires, de consultations spécialisées ou d'hospitalisation(s), compte-rendu(s) opératoire(s) et anatomopathologique(s), bilans sanguins et urinaires, ordonnances...), vous pouvez vous procurer ces pièces auprès des médecins ou des services hospitaliers privés ou publics qui vous ont pris en charge,
  - les pièces administratives (notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie, CDAPH (ex COTOREP), de mise en retraite pour invalidité, arrêté ministériel, etc.).
- Toute réticence ou omission, ou tout document raturé ou surchargé, ou non daté ou non signé, ou tout dossier incomplet notamment en ce qui concerne les documents médicaux demandés rend la demande irrecevable.

1. La différence entre votre poids en kilos et votre taille en centimètres diminuée de 100 est-elle supérieure à 15 ?  oui     non  
 (Exemple d'une personne pesant 80 kg pour une taille de 1m75 : 80-75=5, chiffre inférieur à 15)  
 si oui, indiquez votre taille en centimètres : ..... et votre poids en kilo : .....

2. Etes-vous en arrêt de travail ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? ..... quelle est la date de reprise prévue ? .....  
 \* pour quelle(s) affection(s) ? .....

3. Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ?  oui     non  
 \* si oui, pour quelle(s) affection(s) ..... Date(s) et durée(s) .....  
 \* Joindre la ou les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances.

4. Avez-vous été reconnu(e) handicapé(e) ou en invalidité ou avez-vous été mis(e) en retraite anticipée pour invalidité ou pour inaptitude ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, quand ? ..... et pour quelle(s) raison(s) .....

5. Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une allocation compensatrice tierce personne ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? .....

6. Bénéficiez-vous d'une rente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle d'un taux supérieur à 10 % ou en avez-vous fait la demande ?  oui     non  
 \* si oui, depuis quand ? .....  
 \* joindre la ou les notifications correspondantes.

7. Etes-vous ou avez-vous été exonéré(e) du ticket modérateur ou une demande d'exonération est-elle en cours ?  oui     non  
 \* Si oui,  
 - précisez la date ou la période d'exonération ou la date de la demande .....  
 - pour quelle(s) affection(s) .....  
 \* joindre le ou les protocoles d'entente préalables.

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>8. Présentez-vous des séquelles de maladie(s) ou d'accident(s) ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, lesquelles ? -----  |                              |                              |
| <b>9. Avez-vous subi une ou des interventions chirurgicales ou endoscopiques ou arthroscopiques ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>10. Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 3 jours au cours des 5 dernières années ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>11. Etes-vous en traitement ou sous surveillance médicale ou avez-vous subi un ou des traitements continus de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?</b>                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>12. Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>13. Avez-vous subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat aurait été positif ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>14. Allez-vous dans l'année :</b>  |                              |                              |
| - être hospitalisé ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| - bénéficier d'examens autres que de prévention ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <i>* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique &amp; examens complémentaires, ordonnances.</i> |                              |                              |
| <b>15. Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire (hanche, genou, épaule) ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>16. Utilisez-vous une aide technique pour vous déplacer (petit ou grand appareillage : exemple : canne, chaussure orthopédique, déambulateur, fauteuil roulant) ?</b>                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>17. Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour l'un des actes suivants : vous alimenter, vous laver, vous habiller ou vous déplacer ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>18. Avez-vous consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>19. Avez-vous consulté un cardiologue au cours des 5 dernières années ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>20. Avez-vous consulté un rhumatologue au cours des 5 dernières années ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>21. Avez-vous consulté un psychiatre au cours des 5 dernières années ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>22. Avez-vous consulté un pneumologue au cours des 5 dernières années ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <b>23. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou curiethérapie ?</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| si oui, quand ? ----- et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <i>* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique &amp; examens complémentaires, ordonnances.</i> |                              |                              |
| <b>24. Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement antidépresseur quelle qu'en soit la raison ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, quand ? ----- pour combien de temps ? -----   |                              |                              |
| et pour quelle(s) raison(s) ? -----   |                              |                              |
| <i>* joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) &amp; examens complémentaires, ordonnances.</i>   |                              |                              |
| <b>25. Etes-vous atteint d'une affection des yeux (glaucome, cataracte, rétinopathie, décollement de rétine, cécité, perte de la vision d'un œil, affection de la cornée, DMLA) ?</b>         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * si oui, laquelle -----  |                              |                              |
| <b>26. Etes-vous atteint (e) de myopie ?</b>  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>27. En cas de myopie, votre correction est-elle supérieure à 7 dioptries ? :</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>* Si OUI joindre la photocopie de votre dernière prescription de verres correcteurs.</i>   |                              |                              |

## INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatiques et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par MFPrévoyance.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de MFPrévoyance, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances – MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, téléphone : 01 53 73 22 22.

**En cochant la présente case, Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.**

Déclaration sur l'honneur :

**Je soussigné : Nom** ..... **Prénom (s)** .....

**déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère, n'avoir rien caché qui puisse gêner l'appréciation du risque à garantir, m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date réelle de mon entrée dans le contrat.**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. (Article L 113-2 du Code des assurances).

**Signature précédée de la mention « je certifie l'exactitude des réponses apportées au présent questionnaire » retranscrite par la personne souhaitant être assurée :**

A ..... Le ..... Signature .....



Nous écrire : MFPrévoyance Direction de la Gestion TSA 90555 Prévoyance - 94116 Arcueil Cedex

MFPrévoyance 4, place Raoul Dautry – 75015 PARIS - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance  
au capital de 81 773 850 euros, Régie par le Code des assurances et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), Immatriculée au RCS PARIS 507 648 053  
Relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09