Questionnaire médical simplifié

Harmonie mutuelle ess

Code organisme

À REMPLIR PAR LA MUTUELLE

☐ **L'entreprise**

Raison sociale

N° de SIRET

Code postal Ville

N° de contrat (à remplir en cas d'embauche d'un nouveau salarié au sein de l'entreprise)

À REMPLIR PAR LE SALARIÉ(E) ☐ Mme ☐ M.

☐ **Vous (l'assuré)**

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance J J M M A A A A Département de naissance Pays de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville Pays

Tel portable Tel domicile

E-mail

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

Nombre d'enfants à charge

Profession actuelle

Profession(s) antérieure(s)

Paraphe

Questionnaire médical simplifié à remplir par le salarié

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.

POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, N'APPORTER NI COMMENTAIRE NI CORRECTION À CETTE DÉCLARATION.

Êtes-vous en arrêt de travail ou avez-vous été obligé(e) d'interrompre votre activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années ? _____ ☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) ou une demande est-elle en cours ? _____ ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie congénitale et / ou d'une maladie chronique ? _____ ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous suivi pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux (même homéopathique), un suivi spécialisé ou une thérapie par un psychiatre ou un psychologue, des séances de rééducation ou de kinésithérapie ? ____ ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous subi une intervention chirurgicale et / ou une hospitalisation, même d'une journée, au cours des cinq dernières années ou devez-vous en subir une (sauf appendicite, amygdales et végétations, maternité et hernie inguinale) ? _____ ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous présenté des anomalies lors d'une analyse de sang, d'urines ou tout autre examen de laboratoire au cours des cinq dernières années ? _____ ☐ OUI ☐ NON

Rapport Poids/Taille

Le résultat de l'opération :
Poids en kilogramme divisé par (taille x taille) en mètre, est-il égal ou supérieur à 30 : _____ ☐ OUI ☐ NON
Exemple : une personne d'un poids de 95 kg mesurant 1m76 ;

soit : $\frac{95}{1{,}76 \times 1{,}76} = 30$ (Indice de Masse Corporelle).

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez :
1. Compléter le questionnaire médical complet
2. Adresser, dans l'enveloppe confidentielle « médecin conseil », le questionnaire médical complet et le questionnaire médical simplifié.

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 J J M M A A A A

Pour l'assuré
Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

19162 - Réalisation Havelis Communication - 01/2019

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

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV
AVANÇONS collectif