

M.  Mme  Mlle

NOM et PRENOM : ..... Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : ..... Profession : .....

N° Assuré : .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL AFFECTIONS NEUROPSYCHIQUES

### Questionnaire confidentiel à remplir par le Médecin traitant et à retourner par l'Assuré.

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Vous pouvez transmettre les éléments relatifs à vos données de santé depuis votre espace personnel sécurisé ou par courrier portant la mention « Confidentiel » à l'adresse : MNCAP EMPRUNTEUR PRO - à l'attention du Médecin Conseil, 38 rue La Condamine 75017 Paris

	AFFECTION	OUI	NON	COMMENTAIRES
1	. A quelle date son affection a-t-elle été constatée ?			Date : ..... / ..... / .....
	. Quel est le diagnostic exact ?			Précisez :
	. Sa maladie est-elle consécutive à un événement ou à des circonstances particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) ?
	. Le patient a-t-il suivi les traitements suivants :			Précisez la durée :
	. psychothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. lithium ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. électrochocs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. A-t-il subi des examens relatifs à son affection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi et quand ?
. Le patient a-t-il tenté de se suicider ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
	. à plusieurs reprises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates : ..... / ..... / ..... ..... / ..... / .....
	. A-t-il fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date(s), durée(s), motif(s) :
. Devra-t-il être hospitalisé prochainement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi et quand ?	
. Existe-t-il des cas d'affection neuropsychique dans la famille du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
2	. Le patient consulte-t-il régulièrement un spécialiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?
	. A-t-il eu des arrêts de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien : .... ? Durée maximale : ..... jours
	. Est-il reconnu en invalidité, ou une demande de reconnaissance est-elle envisagée ou en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ETAT ACTUEL	OUI	NON	COMMENTAIRES
3	. Le patient est-il actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Date : ..... / ..... / ..... Motif ?
	. Le patient est-il toujours en traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel est-il ?
4	<b>MALADIES ASSOCIEES</b> Y-a-t-il une autre affection ou un traitement pouvant aggraver l'affection neuropsychique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : Depuis quand : ..... / ..... / ..... Pourquoi ?
	Est-ce que le patient doit subir des examens particuliers, un traitement spécialisé, une opération chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif et date ?
	Y-a-t-il notion de consommation excessive d'alcool ou de toxicomanie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : Depuis quand : ..... / ..... / .....

Les informations recueillies par le Distributeur font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat de l'Assuré, ainsi que de son adhésion à la Mutuelle. Les données de santé de l'Assuré sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties demandées. Toutes ces informations sont obligatoires au traitement du dossier de l'Assuré. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de son dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, certaines des données personnelles de l'Assuré sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents du Distributeur, du Gestionnaire (y compris le Médecin-conseil), la Mutuelle et, le cas échéant, les réassureurs, l'intermédiaire en assurances de l'Assuré, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Le Distributeur et la Mutuelle prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de des données personnelles.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. L'Assuré peut exercer ces droits en s'adressant avec la copie de sa carte d'identité à: MNCAP EMPRUNTEUR PRO – Délégué à la protection des données - 38, rue La Condamine - 75017 Paris ou par mail à [dpo@digital-insure.fr](mailto:dpo@digital-insure.fr); le Groupe MNCAP se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : **Commission Nationale Informatique et Libertés** – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

L'Assuré certifie l'exactitude de toutes les informations renseignées dans la demande d'adhésion ainsi que dans le(s) questionnaire(s) de santé. Il déclare avoir connaissance des conséquences relatives aux fausses déclarations intentionnelles, réticences et omissions prévues à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.»

Il reste bien entendu que si, par la suite, l'Assuré pratique les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si ce dernier a reçu de la Mutuelle les nouvelles conditions de couverture.

A ..... le .....

Signature et cachet du Médecin
--------------------------------

La Mutuelle invite la personne à assurer à communiquer au Médecin-Conseil sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé. Ceci pourra éviter éventuellement une visite médicale ou d'autres examens que la Mutuelle se réserve le droit de demander lors de la souscription d'un contrat