

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)

Garantie Emprunteur

À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec exactitude ce questionnaire pour nous permettre l'appréciation du risque que l'assureur entend prendre en charge. Vos déclarations vous engagent. **Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.**

Les réponses apportées doivent être ni raturées ni surchargées. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. Vos déclarations sont valables six (6) mois à compter de la signature du présent questionnaire. Merci de répondre par oui ou par non à chacune des questions ci-dessous. Pour toute réponse affirmative, merci de compléter la rubrique 'compléments'.

Dans le cadre de l'information sur le « droit à l'oubli », nous vous informons que vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer que vous avez été atteint d'une pathologie (et notamment d'un cancer) figurant dans le document d'information sur le « droit à l'oubli » dont les conditions sont détaillées dans le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1 Consentement			Compléments
Je consens à ce que mes données de santé soient utilisées par les services habilités de l'assureur du contrat, du délégataire de gestion, du ou des réassureurs pour l'étude de mon dossier d'adhésion et la mise en œuvre des garanties en cas de sinistre ».	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non, nous ne pourrons pas donner suite à votre demande d'assurance.
2 Constitution			
a) Indiquez votre taille		 cm
b) Indiquez votre poids		 kg
3 Traitement médical			
a) Suivez-vous actuellement un traitement médical ? <i>Hors contraception ou affections saisonnières telles que grippe, rhume, rhinopharyngite, otite, angine virale.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ? Le(s)quel(s) ?
b) Au cours des 5 dernières années, vous avez-t-on prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours ? <i>Hors contraception.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle(s) raison(s) ? A quelle(s) date(s) ? Durée du traitement ? Le(s)quel(s) ?

4 Arrêts de travail				Compléments
a.	Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale, pour raison de santé ? <i>Hors congés légaux de maternité et paternité.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ?
b.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale, pour raison de santé ? <i>Hors congés légaux de maternité et paternité.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle(s) raison(s) ? Durée de votre arrêt de travail (en jours) ? Quand ?
5 Affections dorsales et psychologiques				
a.	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou des maladie(s) ou affections suivante(s) : les atteintes discales de type hernie, protrusion et pincement ; cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, radiculalgie, discopathie, scoliose, cyphose et lordose, canal lombaire étroit, sciatique, les atteintes vertébrales de type : spondylolisthésis et spondylarthrose ; fracture vertébrale, luxation vertébrale et entorse vertébrale, névralgie cervico-brachiale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Quand ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Joindre les justificatifs</i>
b.	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou des maladie(s) ou affections suivante(s) : Dépression, dépression nerveuse et dépression réactionnelle, syndrome anxiodépressif, syndrome maniaco-dépressif, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de fatigue chronique, épuisement, asthénie, burn-out, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie et trouble schizo-affectif, hallucination et trouble délirant, trouble phobique, trouble anxieux, anxiété généralisée, insomnie, narcolepsie et hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie et syndrome douloureux régional complexe ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Quand ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Joindre les justificatifs</i>
6 Rente et pension				
a.	Etes-vous ou avez-vous été (pris, e) en charge à 100 % par un organisme d'assurance maladie au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) au cours des 10 dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle raison ? Depuis quand ? <i>Joindre les justificatifs.</i>
b.	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Le(s) taux ou catégorie retenue : Pour quelle raison ? Depuis quand ? <i>Joindre les justificatifs</i>
c.	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pour quelle raison ? Depuis quand ? <i>Joindre les justificatifs</i>



**Harmonie
mutuelle**
GROUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

7 Antécédents médicaux			Compléments
<p>k. D'une hépatite, d'anémie, de trouble de la coagulation ou hématoLOGIQUE ? <i>Si vous avez été atteint(e) d'une hépatite C, vous bénéficiez sous certaines conditions du droit de ne pas déclarer des antécédents de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le document d'information sur le "Droit à l'Oubli" joint à votre demande d'adhésion.</i></p> <p>l. D'une maladie infectieuse, virale, parasitaire ou de paludisme ?</p> <p>m. D'une maladie auto-immune (par exemple : lupus, sclérose en plaques, sclérodermie, névrite optique) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>En cas de réponse positive, merci de préciser la ou les affection(s), la date, la durée et les séquelles éventuelles :</p>
8 Exploration et Hospitalisation			
<p>a. Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des analyses de sang ou d'urine, cardiologiques ou imagerie médicale (ECG, échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, mammographie...) dont les résultats se sont avérés anormaux ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession</i></p>
<p>b. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) (y compris moins de 24 heures) ou subi une intervention chirurgicale ? <i>Hors appendicite, végétations, amygdales, vésicule biliaire, dents de sagesse, accouchement</i></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus d'hospitalisation, opératoires et histologiques</i></p>
<p>c. Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) (y compris en ambulatoire) ou subir une intervention chirurgicale ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ? <i>Hors bilans de routine systématique ou visite médicale générale.</i></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession</i></p>
<p>Le Médecin Conseil de la mutuelle se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Si vous avez répondu oui à l'un des questions, afin d'accélérer l'étude de votre dossier, nous vous invitons à apporter toutes les précisions demandées et à joindre les copies de tout document se rapportant à votre santé (ordonnance ; bilans biologiques, sanguins, urinaires ; comptes rendus radiologiques, cardiologiques, d'hospitalisation, opératoires et autres).</p>			

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. **Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité.**

Fait à :

Le :

Signature de la personne demandant à être assurée.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements de données, indispensables à l'étude de votre dossier. Ces données sont destinées aux personnels du Service Médical d'Harmonie Mutuelle (sous l'autorité de son médecin conseil) ou de ses délégataires, ses sous-traitants et réassureurs, ce dans le respect de la réglementation inhérente au secret médical.

La finalité de ces traitements est d'assurer l'appréciation du risque en lien avec votre contrat d'assurance, sa tarification, sa mise en place, sa gestion et son exécution.

La base légale de ces traitements repose sur votre consentement, matérialisé par la coche effectuée de la case figurant sur le présent document, ainsi que l'apposition de votre signature ; en l'absence de coche et de signature, vos données de santé ne pouvant être collectées, la mise en place et l'exécution de votre contrat seront remises en cause.

La durée de conservation de vos données personnelles est fonction de la durée de votre contrat ainsi que des durées de prescription prévues par la réglementation, dans les limites des dispositions d'ordre public.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité des données, ainsi que du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée (y compris de profilage), et de celui d'organiser le sort de vos données personnelles à titre posthume.

Toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits peut être formulée à l'attention de notre délégué à la protection des données, dont les coordonnées sont les suivantes : Délégué à la Protection des Données – Harmonie Mutuelle – 29 Quai François Mitterrand - 44273 NANTES Cedex 2.

Nous vous précisons que pour toute réclamation relative au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, il vous est possible de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés.