

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ DÉPENDANCE

Déjà adhérent (cochez d'une croix) : Non Oui Si oui, N° adhérent : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Né(e) le : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sexe : F H Nom de jeune fille : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal : | | | | | | | | | | Ville : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

tél. portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fax : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Profession : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Spécialité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date du début de l'installation professionnelle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mode d'exercice : Libéral Mixte Gérant de Société d'Exercice Libéral (SEL) Salarié

Situation de famille (cochez d'une croix) : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) séparé(e) Union libre ou Pacs

Ce questionnaire médical original doit être plié et adressé à l'attention confidentielle du Médecin Conseil d'AMPLI Mutuelle.
Ce questionnaire doit être inclus dans l'enveloppe contenant votre demande d'adhésion.
Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de votre demande d'adhésion.

OBSERVATIONS

- Après avoir rempli complètement le cadre ci-dessus donnant vos nom, prénom, date de naissance et adresse.
- Lire attentivement ce qui suit et répondre :
 - d'abord sur cette page aux questions administratives,
 - puis sur la page suivante aux questions sur votre état de santé.
- Toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé, entraîne la nullité de l'assurance.
- Vous êtes habilité(e) à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers utilisés par votre assureur, ses réassureurs, et les organismes professionnels concernés. Votre assureur vous les fournira (Loi du 06/01/1978).

QUESTIONS ADMINISTRATIVES

AVEZ-VOUS :

- 1 Perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40% ou êtes-vous en cours de reconnaissance d'invalidité ? OUI NON
- 2 Bénéficié d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail liquidée ou en instance de l'être ? OUI NON
- 3 Bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ? OUI NON
- 4 Au cours des 5 dernières années :
 - été hospitalisé(e) plus de quinze jours consécutifs ? OUI NON
 - été en arrêt de travail de plus de trois mois consécutifs ? OUI NON
- 5 Été suivi pour une maladie ou un handicap rhumatologique, neurologique ? OUI NON

AVEZ-VOUS SOUFFERT RÉCEMMENT OU SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT D'UNE :

Affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, malformation...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection neurologique du cerveau, des muscles (épilepsie, perte de connaissance, attaque, hémorragie, paralysie, myopathie...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago, sciatique, hernie discale, hanche, rhumatismes, troubles de la marche...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection digestive (ulcère, hémorragie, hépatite troubles des intestins, pancréatite...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection rénale ou urinaire (calcul, albuminurie, hématurie, insuffisance rénale, troubles urinaires, prostate...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection métabolique ou hormonale (diabète, goutte, thyroïde, cholestérol...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection du sang ou des ganglions (anémie, hémophilie...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection ou allergie de la peau (herpès, tumeur, psoriasis, purpura...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Affection des organes des sens (glaucome, cataracte, rétinopathie, troubles de la vision, troubles de l'audition, vertiges...)?

Laquelle ?

Depuis quand ?

Autres affections (infections, handicap congénital, ...)

Laquelle ?

Depuis quand ?

Faites-vous l'objet d'une surveillance régulière clinique, biologique ou radiologique ?

Pourquoi ?

Depuis quand ?

Suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ?

Lequel ?

Depuis quand ?

Etes-vous suivi pour votre état immunitaire (examens sérologiques) ?

Pourquoi ?

Depuis quand ?

Allez-vous dans les prochains mois :

Pourquoi ?

Quand ?

▶ subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ?

▶ être hospitalisé, opéré, recevoir un nouveau traitement ?

Si vous avez déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ou sur la dépendance, ont-elles été :

Pourquoi ?

Quand ?

▶ acceptées avec surprime ou avec exclusion ?

▶ ajournées ou refusées ?

N.B. : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de documents se rapportant à votre santé (Compte rendu d'hospitalisation, d'opération, résultat d'examens médicaux...)

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère et je reconnais que toute fausse indication, toute réticence intentionnelle de nature à atténuer ou à modifier l'importance du risque, entraîne l'annulation des garanties conformément aux dispositions de l'article L221-14 du code de la Mutualité. Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement des garanties souscrites dont un exemplaire m'a été remis.

Fait à, le

Signature

Tout questionnaire incomplet sera retourné, la réponse à l'ensemble de ces rubriques est obligatoire pour pouvoir demander la garantie dépendance.

REMARQUE :

Nous vous remercions de retourner cet imprimé sous enveloppe fermée à l'attention du Médecin Conseil d'AMPLI Mutuelle, 27, bd Berthier 75858 PARIS Cedex 17, et d'y joindre également votre demande d'adhésion AMPLI-DÉPENDANCE ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.