

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Nom du Candidat à l'assurance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance |\_\_/\_\_/\_\_\_\_|

Profession \_\_\_\_\_

Ce document fait partie intégrante de la proposition d'assurance. Il est un élément indispensable, qui concourt à une juste appréciation du risque. Les réponses données serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Le médecin conseil de la Mutuelle se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnance etc.). Le médecin conseil de la Mutuelle se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois.**

*Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection cancéreuse entrant dans le cadre du Droit à l'Oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'Oubli », nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en annexe du questionnaire.*

**Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire à la Mutuelle, à l'attention du Médecin Conseil 5 rue Dosne 75116 Paris.**

**REpondre explicitement à toutes les questions par OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REponse**

**Tout résultat d'examen médical ou compte-rendu opératoire / hospitalisation / histologique peut être joint afin de traiter le dossier dans les meilleurs délais**

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
<b>1. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint ou souffrez-vous actuellement de maladies :</b>		Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
a) Cardiaques ou vasculaires, y compris hypertension artérielle ?	_____	Date(s):..... Traitement(s) :..... Suite(s) : .....
b) Respiratoires ?	_____	Date(s) ..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
c) Endocriniennes ou métaboliques (telles que diabète ou excès de cholestérol) ?	_____	Date(s) ..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
d) Dépressives, neuropsychiques, psychiatriques?	_____	Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
e) Rhumatologiques, osseuses, articulaires, musculaires ?	_____	Date(s) ..... Traitement(s) :..... Suite(s) : .....
f) Digestives (gastriques, hépatiques, pancréatiques, intestinales) ?	_____	Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
g) Tumorales ou cancéreuses, du sang ou de la moelle, des ganglions ?	_____	Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
h) Rénales ou génito-urinaires ?	_____	Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....

i) Neurologiques y compris épilepsie ?	_____	Date(s) ..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
j) Maladies infectieuses ou parasitaires, maladie de système, maladie auto-immune, de la peau, des yeux, des oreilles ?	_____	Date(s):..... Traitement(s):..... Suite(s):.....
2. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant sur les virus des hépatites B ou C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	_____	Le ou lesquels:..... Date(s):.....
3. Au cours des 10 dernières années :		Date(s):..... Durée(s):.....
a) avez-vous été hospitalisé(e) ?	_____	Motif(s):.....
b) avez-vous séjourné en milieu psychiatrique en maison de santé ou maison de repos ?	_____	Date(s):..... Durée(s):..... Motif(s):.....
c) vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours consécutifs ( hors contraception) ?	_____	Le(s)quel(s):..... Pour quelle(s) affection(s):..... Date(s):.....

**REPONDRÉ EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REPONSE**

Tout résultat d'examen médical ou compte-rendu opératoire / hospitalisation / histologique peut être joint afin de traiter le dossier dans les meilleurs délais

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
d) avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale, pour raison de santé (autre que pour grossesse)?	_____	Date(s):..... Durée(s) :..... Motif(s) :..... Traitement(s) suivi(s):.....
e) avez-vous subi une intervention chirurgicale ou été opéré(e) – y compris par endoscopie ou coelioscopie (sauf appendicite, végétations, vésicule biliaire, césarienne, interruption volontaire de grossesse, dents) ?	_____	Date(s):..... Durée(s):..... Motif(s) :..... Séquelles éventuelles:.....
f) au cours des 6 derniers mois, avez-vous réalisé des examens complémentaires (biologie, radiographie, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie) ?	_____	Le ou lesquels:..... Depuis quelle(s) date(s):..... Motifs:.....
4. Etes-vous actuellement :		Depuis quelle date:.....
a) en arrêt de travail sur prescription médicale, même partiel, pour raison de santé ?	_____	Motif:.....
b) pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	_____	Depuis quelle date:..... Motif:.....
c) titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	_____	Laquelle:..... A quelle date:..... Cause:..... Taux de pension:.....
d) titulaire de l'Allocation Adulte Handicapé ?	_____	Date:..... Cause:.....

Le contrat collectif d'assurance N°AFA201803755020-02, souscrit par l'Association François Aupetit, est assuré et géré par la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris – Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS – Affiliée à l'UMG Cap Mutualité.

Ce contrat collectif d'assurance est distribué par EURODITAS – Courtier en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07008230 - Enregistré au Répertoire SIRENE sous le n° 380147603 – Siège social : 31 rue Tronchet 75008 PARIS.

<b>5. Au cours des 12 prochains mois devez-vous être hospitalisé(e), subir une intervention chirurgicale ou des examens spécialisés, débuter un traitement ?</b>	<input type="checkbox"/>	Lequel:..... Date:..... Motif:..... Traitement:.....
<b>6. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?</b>	<input type="checkbox"/>	Le ou lesquels:..... Depuis quelle(s) date(s):..... Motifs:.....

Taille : |\_\_| |\_\_| en cm                      Poids : |\_\_| |\_\_| en kg

**Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L.221-15 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).**

Je reconnais avoir été informé que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec la Mutuelle. Un Bon pour accord et/ou un Certificat individuel d'adhésion me sera(ont) adressé(s) pour acceptation.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information joint en annexe concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli dans le cadre de la convention AERAS.

*Je certifie l'exactitude et la sincérité des réponses ci-dessus et consens expressément à ce que les données me concernant fassent l'objet d'un traitement informatisé par les services de la Mutuelle, de son délégataire, et par son réassureur, ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance.*

**LA MUTUELLE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT COMPLEMENT D'INFORMATION.**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant, de suppression aux informations vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité à l'adresse suivante MNCAP, 5 rue Dosne – 75116 Paris. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ».*

Fait à ....., le.....

Signature du Candidat à l'assurance précédée de la mention manuscrite « certifié exact »