

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL DESTINE AU MEDECIN CONSEIL

A compléter et à signer par la personne qui demande son affiliation au contrat MAGE Prévoyance

AVIS IMPORTANT

Vous devez répondre sans rature ni surcharge à toutes les questions en cochant la case concernée et compléter les rubriques correspondantes

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre sous pli cacheté, au :
Médecin Conseil MAGE du Groupe UITSEM, 43 rue Jaboulay 69349 Lyon Cedex 07.

Les formalités médicales d'acceptation étant réduites, le Médecin Conseil de l'Assureur se réserve la faculté de demander des renseignements complémentaires.

NOM : Prénom : Date de Naissance | | | | 1 | 9 | | |
Adresse :
CP | | | | | Ville
Quel est votre poids : Quelle est votre taille : Votre tension artérielle
Fumez-vous ? Oui Non Si oui, chiffrez votre consommation quotidienne de tabac :

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par oui ou par non. Pour chaque réponse positive, veuillez apporter les précisions que vous jugerez utiles en bas de page concernant la cause, la durée, la nature, les conséquences des affections ou accidents déclarés.

	OUI	NON
1. Etes-vous actuellement sous contrôle ou en traitement médical Depuis quelle date ? 2 0 1 Motif(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous en arrêt de travail, même partiel pour des raisons de santé ? Date de début d'arrêt 2 0 1 Date de reprise envisagée 2 0 1 Motif(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etes-vous pris en charge à 100% par votre régime obligatoire ? Motif (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Si oui ; la ou lesquelles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous ou êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque, respiratoire, rénale, digestive, des os, des articulations, dépression nerveuse, tension artérielle élevée, diabète, hypercholestérolémie, tumeur, cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines ? Si oui : Date de début 2 0 1 Date de fin 2 0 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Etes-vous atteint d'une infirmité Laquelle Depuis quelle date 2 0 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident ? Catégorie ou taux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous êtes-vous soumis à un test de dépistage des sérologies virales VHB, VHC, VIH qui se soit révélé positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A votre connaissance, devez-vous faire l'objet d'examen médicaux, subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé(e) au cours des 12 prochains mois Dates 2 0 1 Motif(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Renseignements complémentaires sur la ou les pathologies déclarées :

⇒ Question n°
.....
.....
⇒ Question n°
.....
.....
⇒ Question n°
.....
.....

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions ci-dessus et reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte sur les circonstances connues, pourra entraîner la nullité de mon affiliation au contrat en application de l'article L 221-14 du Code de la mutualité

Fait à
Le | | | | 2 | 0 | 1 | |
Signature de la main de l'assuré(e)
précédée de la mention «lu et approuvé»