

Monsieur le Médecin Conseil
AMPLI Mutuelle
27 boulevard Berthier
75858 Paris cedex 17

Questionnaire médical

Déjà adhérent AMPLI Mutuelle (cochez d'une croix) non oui (si oui) n° adhérent

nom prénom
né(e) le sexe nom de jeune fille
adresse
code postal ville tél.
tél. portable e-mail fax
profession diplôme
spécialité année d'installation
mode d'exercice (L: Libéral - S: Salarié - M: Mixte - I: Indépendant) n° sécurité sociale
situation de famille (cochez d'une croix) célibataire marié divorcé veuf séparé

Ce questionnaire médical original doit être plié, collé 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.

Les informations collectées sont uniquement destinées à la gestion de votre dossier par AMPLI Mutuelle.

Formalités médicales d'adhésion

En fonction du montant des garanties souscrites, de l'âge de l'adhérent et de son état de santé, des examens complémentaires pourront être demandés.

QUESTIONNAIRE MEDICAL ORIGINAL

à adresser sous pli confidentiel à l'attention
du médecin conseil d'AMPLI Mutuelle

Nous vous remercions de répondre à la totalité des questions posées. Pour chaque réponse "OUI" vous devez donner toutes les informations s'y rapportant (motif, date, durée, conséquence). Vous pouvez compléter vos réponses en joignant une feuille supplémentaire.

Nous vous signalons que seules les pathologies ou les accidents survenus postérieurement à la date de prise d'effet de la garantie souscrite par l'adhérent peuvent donner lieu à indemnisation par la Mutuelle.

La garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. (article L.221-14 du code de la mutualité)

1. Nom :	Âge :ans	Sexe :	Poids kg	Taille cm
Prénom :	Tension artérielle : Maxi	Mini	Êtes-vous : droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> ambidextre <input type="checkbox"/>	

2. Bénéficiez-vous d'une pension (accident, maladie, militaire) ou rente d'invalidité ? _____ Oui Non
(Si oui, joindre copie de notification de la pension)

3. ♂ Service militaire: (né avant 1979)
avez-vous été réformé ? _____ Oui Non
Pour quel motif ? _____

4. ♀ Êtes-vous enceinte ? _____ Oui Non
depuis combien de mois ? _____

5. Avez-vous déjà formulé une demande pour une assurance de personne ? _____ Oui Non
À quel organisme d'assurance ? _____
À quelle date ? _____
Si oui, votre demande a-t-elle été :
 acceptée sans surprime ni réserve
 acceptée avec surprime ou réserve
 refusée

Si votre réponse est affirmative pour l'une ou l'autre des 2 dernières mentions, précisez le motif : _____

6. Êtes-vous atteint(e) :
de troubles de la vue _____ Oui Non
de troubles de l'ouïe _____ Oui Non
de malformations _____ Oui Non
de déformations osseuses (hallux valgus, autres ...) _____ Oui Non

Si oui, précisez : _____
En cas de myopie, indiquer le **degré en dioptries** _____

7. Avez-vous été victime d'un accident ? _____ Oui Non
A quelle date ? _____
Nature des blessures et des séquelles éventuelles : _____

8. Avez-vous une maladie chronique ? _____ Oui Non
Laquelle ? _____

9. Êtes-vous soumis(e) à un traitement régulier ? _____ Oui Non
Lequel ? _____

10. Faites-vous l'objet d'une surveillance clinique, radiologique, biologique ? _____ Oui Non
Si oui, depuis quand ? _____
Pour quelle affection ? _____

11. Fumez-vous ? _____ Oui Non

12. Êtes-vous en arrêt de travail ? _____ Oui Non
Si oui, pour quel motif ? _____

13. a. Avez-vous été atteint(e) d'une ou des affections suivantes, si oui, cochez les cases correspondantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> affection gastro-duodénale | <input type="checkbox"/> infections récurrentes |
| <input type="checkbox"/> affection hépato-vésiculaire | <input type="checkbox"/> lésion articulaire ou musculaire |
| <input type="checkbox"/> affection intestinale | <input type="checkbox"/> lumbago-lombosciatalgies-hernie discale |
| <input type="checkbox"/> affection neurologique | <input type="checkbox"/> pathologie du rachis cervical |
| <input type="checkbox"/> affection psychiatrique | <input type="checkbox"/> maladie immunitaire |
| <input type="checkbox"/> affection pulmonaire | <input type="checkbox"/> maladie infectieuse |
| <input type="checkbox"/> affection rénale | <input type="checkbox"/> maladie parasitaire |
| <input type="checkbox"/> affection uro-génitale | <input type="checkbox"/> rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> canal carpien | <input type="checkbox"/> rhumatisme chronique |
| <input type="checkbox"/> dépression nerveuse | <input type="checkbox"/> varices des membres inférieurs |
| <input type="checkbox"/> vertiges | <input type="checkbox"/> autres |

13. b. Précisez la nature et la date des affections signalées ci-dessus, ou de toutes autres affections ou accidents dont vous auriez été atteint(e):
(Tout antécédent pathologique doit être signalé à la rubrique 13a ou 13b).

14. Avez-vous du matériel de fixation osseuse ? _____ Oui Non
Lequel ? _____

15. Devez-vous être hospitalisé(e) ou opéré(e) dans les prochains mois ? Date prévue : _____ Oui Non
Pour quel motif ? _____

16. Avez-vous interrompu votre travail pour des raisons de santé durant les cinq dernières années? _____ Oui Non
Préciser motif, date, durée : _____

17. Avez-vous été hospitalisé(e) ? _____ Oui Non
Préciser motif, date, durée : _____

18. Avez-vous dû faire une cure thermale ? _____ Oui Non
Préciser motif, date, durée : _____

19. Avez-vous maigri durant les cinq dernières années ? _____ Oui Non
Si oui, depuis quand ? _____
Pour quel motif et de combien de kilos ? _____

20. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? _____ Oui Non
Préciser motif, date : _____

21. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ? _____ Oui Non
Préciser motif et date : _____

Je soussigné(e) déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère et avoir pris connaissance des statuts et règlements des garanties souscrites dont un exemplaire m'a été remis.

A le Signature obligatoire

Cadre réservé à la Commission Médicale

--	--