

Questionnaire médical (Confidentiel)

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ NPA/Localité _____

Date de naissance _____ Nationalité _____

Employeur _____

Nom, prénom et adresse du médecin de famille ou du médecin traitant:

1. Avez-vous suivi au cours des 5 ans passés ou suivez-vous actuellement un traitement médical? non oui
2. Avez-vous été hospitalisé(e) ou une hospitalisation est-elle envisagée? non oui
3. Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail? non oui
4. Prenez-vous actuellement des médicaments? non oui
5. Avez-vous été victime d'accidents dont les séquelles laissent prévoir des traitements futurs? non oui
6. Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique? non oui
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de dépendance (drogue, médicament, alcool)? non oui
8. Vous êtes-vous soumis(e) à un test HIV (SIDA)? non oui

Si oui, résultat: HIV positif HIV négatif

Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert de troubles de la santé ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes:

9. des organes respiratoires (par ex. asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumonie)? non oui
10. de l'appareil cardio-vasculaire (par ex. troubles cardiaques, tension artérielle, embolies, varices, thrombose)? non oui
11. d'affections de l'appareil digestif (par ex. de l'oesophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, des intestins, hémorroïdes)? non oui
12. des os, des articulations ou des muscles (par ex. rhumatisme, arthrose, ostéoporose, malformations)? non oui
13. du dos (par ex. hernie discale, atteintes cervicales, sciatique, lombalgie)? non oui
14. des yeux ou des oreilles? non oui
15. des reins, des organes génitaux, de la vessie ou de la prostate (par ex. calculs, malformations, tumeurs)? non oui
16. du système nerveux (par ex. symptômes de paralysie, épilepsie, migraines, vertiges, tumeurs)? non oui
17. du métabolisme, du sang (par ex. diabète, goutte, anémie, leucémie, affection de la rate)? non oui
18. maladies endocriniennes (par ex. thyroïde, surrénales, hypophyse)? non oui
19. de la peau (par ex. allergies, eczéma, psoriasis, cancers)? non oui
20. autres affections, malformations ou infirmités non mentionnées ci-dessus? non oui

Pour les femmes

21. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection gynécologique, d'une affection des seins, de stérilité? non oui
22. Etes-vous enceinte? Si oui, date présumée de l'accouchement _____ non oui

Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Coordonnées administratives: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

23. Indiquez votre taille et votre poids? Taille _____ cm Poids _____ kg
24. Fumez-vous? Si oui, combien par jour _____ non oui
25. Une couverture précédente, LPP ou maladie, a-t-elle été grevée d'une réserve, refusée ou limitée à certaines prestations déterminées? non oui
Si oui, motif et nom de l'assureur concerné _____
26. Avez-vous déjà épuisé votre droit à une assurance perte de gain auprès d'un assureur? non oui
Si oui, lequel et quand? _____

Si vous avez répondu oui à une des questions 1 à 21, prière de compléter le tableau suivant :

point N°	genre de maladie ou d'accident (diagnostic, médicaments)	année	durée de traitement	opéré(e)	incapacité de travail	guéri (e) sans suites	médecin traitant/hôpital/ adresse
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Déclaration de la personne à assurer

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications. Pour toutes les questions relatives à ce questionnaire, je délègue les médecins, le personnel paramédical, les hôpitaux, les assureurs précédents et les autres assureurs de leur obligation de garder le secret envers l'assureur. J'autorise l'assureur à traiter les données nécessaires. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations sont refusées par l'assureur. La fondation LPP se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus. Pour des raisons d'allégement administratif, si mon employeur est affilié auprès du Groupe Mutuel pour la perte de gain maladie et pour la LPP, cette déclaration est transmise à l'assureur perte de gain et à la fondation LPP.

Remarques _____

Lieu et date :

Signature de la personne à assurer :

Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Coordonnées administratives: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny– 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch