

## Questionnaire médical complet



Adhésion<sup>(1)</sup>     Modification numéro d'adhésion<sup>(1)</sup>

### DANS QUEL CAS DEVEZ-VOUS COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE ?

- Si vous êtes en arrêt de travail, en invalidité 1<sup>re</sup> 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie ou en incapacité permanente professionnelle, en temps partiel thérapeutique ou exonéré du ticket modérateur.
- En cas d'augmentation du montant de la rente.

### A COMPLÉTER PAR L'INTÉRESSÉ

Vous êtes <sup>(1)</sup> :     Agent de Pôle emploi en activité     En suspension de contrat de travail

M<sup>me</sup>     M.

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance     Département de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal     Ville

E-mail

Téléphone fixe     Téléphone portable

Etablissement Pôle emploi dont vous dépendez     Code

Date de dernière embauche

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante



Paraphe

CHAQUE QUESTION NÉCESSITE OBLIGATOIREMENT UNE RÉPONSE PAR OUI OU NON

VOTRE VIE QUOTIDIENNE

1- Indiquez si vous pouvez :

- Faire seul(e) votre toilette en totalité  OUI  NON
- Vous habiller, vous chausser, mettre des bas ou des chaussettes, de façon autonome  OUI  NON
- Faire vos courses seul(e) et les ramener chez vous sans aide  OUI  NON
- Préparer et prendre vos repas sans aide  OUI  NON
- Faire votre ménage régulièrement (rangement, vaisselle, nettoyage, lessive, repassage)  OUI  NON
- Monter et descendre des escaliers sans difficulté  OUI  NON
- Ecrire, utiliser un téléphone  OUI  NON
- Conduire, prendre un taxi ou les transports en commun  OUI  NON
- Prendre le traitement prescrit par votre médecin  OUI  NON
- Gérer votre budget et effectuer des démarches administratives de façon totalement autonome  OUI  NON

expliquez pourquoi

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2 - Précisez si vous habitez :

- seul(e)  en famille  chez vous  AUTRE

Si vous avez répondu **AUTRE**, expliquez dans quelle structure et pour quel motif : \_\_\_\_\_

3 - Quels sont vos loisirs actuels ? \_\_\_\_\_

HANDICAP - PRESTATIONS - AIDES

4 - Handicap - Prestations - Aides

Si vous avez répondu OUI précisez

- 4.1 Avez-vous une infirmité, des séquelles d'accident, un handicap ?  OUI  NON
- 4.2 Avez-vous une aide-ménagère pour raison médicale ?  OUI  NON
- 4.3 Utilisez-vous une canne, un déambulateur ou tout autre appareillage au quotidien ?  OUI  NON
- 4.4 Bénéficiez-vous ou une demande est elle en cours pour obtenir :
  - l'exonération du ticket modérateur (100%) ?  OUI  NON
  - une carte adulte handicapé ou station debout pénible?  OUI  NON
  - l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) ?  OUI  NON
- 4.5 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ?  OUI  NON

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

VOTRE SANTÉ

5. Veuillez indiquer :

VOTRE TAILLE (en cm) :

VOTRE POIDS (en kg) :



Paraphe

6. Prenez-vous un traitement médical ?  OUI  NON

SI OUI, indiquez les médicaments : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

→ Joindre la photocopie de la dernière ordonnance.

7. Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 5 dernières années ?  OUI  NON

(Cela ne concerne pas les hospitalisations pour : hernie inguinale, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents, ORL, cataracte, prostate, canal carpien, hallux valgus, esthétiques, fibroscopie, coloscopie)

Si vous avez répondu OUI, précisez le motif et joindre le compte rendu.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. Prochainement, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens, consulter un spécialiste ?  OUI  NON

Si vous avez répondu OUI, précisez à quelle date et pour quel motif.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Avez-vous eu ou avez vous :

Si vous avez répondu OUI précisez

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| 9.1 des troubles de la parole, de l'écriture, de la mémoire ?              | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.2 un accident ischémique transitoire (AIT) ?                             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.3 une paralysie, même passagère ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.4 une maladie d'Alzheimer, une sclérose en plaques (SEP) ?               | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.5 une maladie de Parkinson ?   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.6 un accident vasculaire cérébral (AVC), une hémorragie cérébrale ?      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.7 une maladie des muscles, une myopathie ?                               | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.8 Êtes-vous suivi par un psychiatre ?                                    | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.9 Êtes-vous suivi pour une épilepsie, des vertiges ?                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.10 Êtes-vous suivi pour des pertes de connaissance, des tremblements ?   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.11 Avez-vous consulté un neurologue au cours des cinq dernières années ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.12 Avez-vous effectué une évaluation ou un bilan de la mémoire ?         | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ?  OUI  NON

SI OUI, donnez les précisions suivantes :

- 10.1 Localisation : \_\_\_\_\_
- 10.2 Date de diagnostic : \_\_\_\_\_
- 10.3 Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie) : \_\_\_\_\_
- 10.4 Y a-t-il eu une rechute ?  OUI  NON Date :



Paraphe

11. Êtes-vous suivi(e) pour un diabète ?

OUI  NON

SI OUI, adresser le dernier dosage sanguin de HbA1c (hémoglobine glyquée)

12. Avez-vous un trouble du rythme cardiaque ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez \_\_\_\_\_

13. Avez-vous un traitement anticoagulant ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez \_\_\_\_\_

14. Avez-vous une hypertension artérielle traitée  
ou non traitée ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez \_\_\_\_\_

15. Pathologies ophtalmologiques :

15.1 Avez-vous une DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) ?

OUI  NON

15.2 Êtes-vous gêné pour lire ou vous déplacer, même avec vos lunettes ou lentilles ?

OUI  NON

15.3 Avez-vous une maladie des yeux autre que presbytie, astigmatisme, hypermétropie,  
cataracte, myopie ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez quelle maladie \_\_\_\_\_

16. Avez-vous :

16.1 une insuffisance respiratoire, de l'emphysème ?

OUI  NON

16.2 une atteinte des carotides ?

OUI  NON

16.3 des problèmes concernant les os, les articulations ?

OUI  NON

16.4 une maladie rhumatismale ?

OUI  NON

16.5 Avez-vous des problèmes aux membres supérieurs  
limitant certains gestes de la vie quotidienne ?

OUI  NON

16.6 Avez-vous des problèmes aux membres inférieurs  
limitant la marche, l'utilisation des escaliers ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Présentez-vous une pathologie non citée dans les questions précédentes ?

OUI  NON

Si vous avez répondu OUI précisez \_\_\_\_\_

#### RAPPEL IMPORTANT

Merci de vérifier que votre questionnaire est complet, lisible, non raturé, daté et signé.

Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.



\_\_\_\_\_

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur, responsable du traitement. Vos données sont indispensables à l'étude de votre dossier. Mutex est tenu de s'assurer que vos données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Mutex met en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Leur traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale.

Vos données sont également susceptibles d'être traitées notamment pour des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude, de recouvrement, de contentieux, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires en application de votre contrat ou de l'intérêt légitime de Mutex.

Vos données sont exclusivement destinées au Service Médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex. Elles seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

En application de la législation en vigueur, vous disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à vos situations particulières, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Vous pouvez exercer vos droits par mail à [dpo@mutex.fr](mailto:dpo@mutex.fr) ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex.

Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à votre état de santé, vous devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site [www.mutex.fr](http://www.mutex.fr).

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire et reconnais que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à                    Le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite :

*"Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main".*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature :

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

2117572 - Réalisation Studio QUARANTE SIX - 11/2021

**BULLETIN À RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL A MUTEX  
A L'ATTENTION DE MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL  
140 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX**

**Assureurs des garanties de prévoyance :  
MUTEX**

Société anonyme au capital de 37302300 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040  
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

**MALAKOFF HUMANIS Prévoyance**

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,  
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

