ASSURÉ - QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLET (suite)

Aucune question ne doit être laissée sans réponse **Répondre par OUI ou par NON dans chaque case** **Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) de :**		INDIQUER OBLIGATOIREMENT LA DATE ET LA NATURE DE CHAQUE ÉVÈNEMENT, LE TRAITEMENT SUIVI ET JOINDRE TOUS DOCUMENTS EN RAPPORT (ORDONNANCES, BILANS, COMPTE-RENDUS OPÉRATOIRES ET HISTOLOGIQUES)
12 • Hypertension artérielle :		
13 • Maladies du cœur :		
14 • Affections vasculaires, artérites :		
15 • Affections pulmonaires ou bronchiques (exemples : asthme, emphysème, bronchite chronique, pleurésie, BPCO) :		
16 • Maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas :		
17 • Hépatites Type ❑ A, Type ❑ B, Type ❑ C, Autres causes ❑ :		
18 • Maladies du côlon et du rectum (exemples : Crohn, rectocolite hémorragique) :		
19 • Maladie des reins, des voies urinaires, de la prostate :		
20 • Maladies psychiques ou psychiatriques :		
21 • Dépression nerveuse, état anxieux, troubles bipolaires :		
22 • Maladies neurologiques, sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson, Alzheimer :		
23 • Paralysie, même de courte durée, accident cérébral :		
24 • Maladies des os, des muscles (myopahtie) ou des articulations, arthrose, hernie discale, sciatique, douleurs du dos, affection des mains et des pieds :		
25 • Fracture, entorse, luxation : Précisez de quelle partie du corps, à quelle date et avec quel traitement Avez-vous des séquelles (précisez lesquelles) ?		
26 • Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique :		
27 • Tumeurs, pathologies cancéreuses (joindre les compte-rendus) : Précisez la date du diagnostic Précisez la date de fin de traitement		
28 • Maladies du sang (exemples : anémie, hémochromatose, leucémie) :		
29 • Maladies infectieuses, maladies parasitaires :		
30 • Cataracte, glaucome, rétinopathie, autre maladie des yeux :		
31 • Affections ORL (exemples : troubles de l'audition, vertiges) :		
32 • Diabète : joindre le dernier bilan biologique (examen de sang)		
33 • Cholestérol, triglycérides, affections de la thyroïde (joindre le dernier bilan)		
34 • Affections cutanées, eczéma, psoriasis : Précisez la localisation et le traitement		
35 • Avez-vous été traité(e), avec ou sans hospitalisation, dans un hôpital, une clinique, une maison de repos dans un service de : ❑ Médecine ..... ❑ Chirurgie ..... ❑ Psychiatrie ..... ❑ Autre service ..... **Donnez une réponse pour chaque ligne**. Précisez et joignez les compte-rendus d'hospitalisation, compte-rendus opératoire et histologique.		
36 • Avez-vous ou devez-vous effectuer au cours des 12 prochains mois un ou plusieurs des examens suivants ? Radiographie, scanner, IRM, échographie (sauf grossesse), fibroscopie, coloscopie, électrocardiogramme, artériographie, scintigraphie, électromyogramme, électroencéphalogramme, examens de sang.		
37 • Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif) ? Si oui, en quelle quantité ?		
38 • Madame : Êtes-vous enceinte (précisez le nombre de mois) ? Avez-vous une affection gynécologique (précisez laquelle) ?		
39 • Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre santé ?		

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai relues. Je certifie l'avoir complété seul, en toute confidentialité.
Je m'engage, conformément à la loi, à informer MUTLOG en cas de détérioration de mon état de santé survenant entre la date de signature de ce questionnaire et la date de prise d'effet des garanties.
Je reconnais savoir que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importante du risque entraînera l'annulation de l'adhésion.
En cas de sinistre (maladie, accident) l'assuré ou, en cas de décès son ayant droit, s'engage à fournir au médecin conseil les certificats et tous autres renseignements médicaux susceptibles de l'éclairer sur l'état de santé, avant, au moment ou après la signature du bulletin d'adhésion.
Ces renseignements sont également soumis au strict respect du secret médical.
Ce questionnaire et les documents joints ont une validité de 180 jours.

Le |_|_| |_|_| |2|0|_|_| Signature de l'assuré précédée de la mention écrite : « Lu et approuvé »