

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ À COMPLÉTER SI VOUS AVEZ COCHÉ OUI AU PARAGRAPHE 2 DU RECTO

7. Veuillez préciser votre(vos) pathologie(s) :

NON

OUI

Lesquelles, date, durée, traitement, évolution

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Anomalies biologiques. (cholestérol, glycémie, urée...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies de l'appareil cardio-vasculaire. (infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, souffle ou malformation cardiaque, artérite, insuffisance veineuse, syncope ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies de l'appareil respiratoire. (asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumonie, sarcoïdose, tuberculose ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies de l'appareil digestif. (hernie hiatale, ulcère, jaunisse, pancréatite, rectocolite, polypes ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies rénales, urologiques et génitales. (coliques néphrétiques, albumine, sang dans les urines, cystite, prostatite, affections gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies du sang, des ganglions. (anémie, leucémie, hémophilie, lymphome ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies endocriniennes, métaboliques, autoimmunes. (diabète, goutte, pathologie thyroïdienne, lupus, sclérodémie, périartérite noueuse ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies infectieuses ou virales. (méningite, hépatite, rhumatisme articulaire aigu, sida, paludisme ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies des os, articulations. (arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ménisque, tendinopathie d'épaule, ostéoporose ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies du système nerveux ou des muscles. (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, vertiges, paralysie, sclérose en plaques ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies psychiques ou psychiatriques. (anxiété, dépression, tentative de suicide, psychose, stress, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Maladies de la peau. (herpès, eczéma, allergie, psoriasis ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Affection de l'appareil auditif. (surdité, acouphènes, vertige de Ménière, mastoïdite ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Affection oculaire. (myopie, glaucome, amblyopie, décollement de rétine ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Portez-vous des lunettes de correction et/ou des lentilles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | avant correction | après correction |
| | | œil droit _____ /10 | _____ /10 |
| | | œil gauche _____ /10 | _____ /10 |

«Je consens à ce que mes données de santé fassent l'objet d'un traitement par la société La Mondiale et ses réassureurs, nécessaire à l'analyse de risque effectuée par l'assureur dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance ainsi qu'à la gestion du contrat souscrit».

La collecte de vos données personnelles est effectuée pour les besoins de la souscription et de la gestion de votre contrat d'assurance. Le responsable du traitement ainsi réalisé est la société LA MONDIALE. Les destinataires de vos données médicales sont les services médicaux de toute société adhérente ou cliente du GIE LA MONDIALE GROUPE ainsi que les services médicaux des réassureurs. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression sur les données vous concernant ainsi que d'un droit d'opposition pour des motifs légitimes au traitement de ces données. Vous pouvez exercer ces droits auprès du service médical du Département Experts - TSA 41029 (59896) LILLE CEDEX 9.

«Je m'engage à fournir au Médecin de LA MONDIALE, tout renseignement sur mon état de santé qu'il jugerait nécessaire, en rapport avec l'opération d'assurance faute de quoi mon contrat ne pourra être conclu».

Vous devez nous déclarer toute circonstance nouvelle, qui modifierait les déclarations faites ci-dessus, survenue entre la date de signature du présent document et la date d'émission du contrat, conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances.

«Je certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions du présent document et n'avoir rien dissimulé sous peine des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances».

Fait à _____ le _____

Signature du proposant
(précédée de la mention "lu et approuvé")