

QUESTIONNAIRE de santé simplifié

À remplir par la personne à affilier (ouvrant droit et/ou conjoint de l'agent) dès lors que la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 6 mois après la date d'entrée en fonction de l'agent ou si le conjoint de l'agent n'exerce pas d'activité professionnelle à la date de la demande d'affiliation ou de modification.

Le présent questionnaire ne concerne pas les agents âgés de plus de 40 ans qui doivent remplir uniquement le questionnaire de santé complet ci-après.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire en l'insérant dans une enveloppe cachetée à l'attention du Médecin-Conseil de la CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93104 Montreuil Cedex.

ADHÉRENT	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	NIA
Nom et Prénom(s)			
Nom de naissance			
Date de Naissance _ _ _ _ _ _ _ _			
Adresse			
Code postal _ _ _ _ _ Ville			
Date d'entrée dans les IEG : _ _ _ _ _ _ _ _ CAS de (précisez en toutes lettres)			

LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

L'attention de la personne à affilier est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat.

Avez-vous subi au cours des 10 dernières années :	
- des interventions chirurgicales (autres qu'appendicectomie ou ablation des amygdales et des végétations) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies (hépatites B ou C, VIH) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime social de base pour une affection de longue durée ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous une maladie ou une affection nécessitant un suivi médical ou un traitement régulier ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, le présent questionnaire devra être transmis sous pli cacheté avec la demande d'affiliation ou de modification.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, veuillez compléter le questionnaire de santé complet.

Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire de santé pour examen par le seul médecin de la CCAS ? Non Oui

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne et autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaires à la conclusion et à la gestion de mon affiliation, ils sont destinés soit au Médecin-Conseil de la CCAS soit à ses services de gestion en cas de non-confidentialité du présent questionnaire et traités dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, je peux exercer mes droits d'accès, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de rectification en m'adressant à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - CS 31401 - 13785 AUBAGNE CEDEX

Fait à Le SIGNATURE DE LA PERSONNE À AFFILIER
À faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

NB : n'oubliez pas de joindre ce questionnaire à votre Bulletin Individuel d'Affiliation (BIA).