



Mutuelle Oréade-Prévifrance soumise aux dispositions du livre II  
du Code de la Mutualité - RNM 776950669

## Questionnaire médical

A adresser sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de Prévifrance.

Ce questionnaire médical est à **compléter obligatoirement** pour la souscription des garanties hospitalisation et/ou décès invalidité.  
Il ne sera pas utilisé pour les garanties afférentes à la mutuelle santé.

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

Avez-vous suivi ou devez-vous suivre un traitement ?  oui  non  
Si oui, pourquoi ? .....  
.....  
Avec quelle fréquence ? .....  
.....

Avez-vous effectué ou devez-vous effectuer un séjour :  
• en hôpital ou clinique ?  oui  non  
• en maison de repos ou rééducation ?  oui  non  
• pour une cure ou un traitement thermal ?  oui  non  
Si oui, à quelle(s) date(s) et pourquoi ? .....  
.....  
.....

Pendant les 10 dernières années, avez-vous présenté :  
• une affection médicale ayant nécessité un traitement en milieu hospitalier sous forme de rayons ou de séries de perfusions ?  oui  non  
• un arrêt de travail supérieur à 3 mois ?  oui  non  
• une invalidité de taux supérieur à 33 % ?  oui  non  
Si oui, pourquoi ? .....  
.....  
.....

Pratiquez-vous un sport dangereux ?  oui  non  
Si oui, lequel ? .....  
.....

Autres affections médicales ?  oui  non  
Précisez.....  
.....

Le soussigné certifie, après avoir pris connaissance de l'article L 221-15 du Code de la Mutualité, que les déclarations ci-dessus, devant servir de base à l'assurance, sont exactes, complètes et sincères.

Fait à.....Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
**Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)**

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet devait intervenir ultérieurement, la décision de l'assureur pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales.

Le soussigné peut demander à la Mutuelle communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société, ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : PREVIFRANCE 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse cedex 6