

Questionnaire médical

(âgé(e) de moins de 51 ans avec un capital supérieur à 100 000 €
ou âgé(e) de 51 ans et plus avec un capital supérieur à 50 000 €
ou impossibilité de signer le questionnaire de santé simplifié)

EXTRA18

Vous devez répondre à toutes les questions avec le plus grand soin car vos réponses sont indispensables à la constitution de votre dossier. Celles-ci doivent être claires et précises.

Avant toute décision de MAIF VIE, le médecin-conseil peut demander des renseignements et examens médicaux complémentaires.

Nom : ANONYMOUS	Prénom : PAULETTE
Nom de naissance : LERPON	Date de naissance : 22/02/1980
Nationalité : FRANCE	Profession : GARDE DU CORP
N° de sociétaire MAIF : 1904454D	N° d'adhérent MAIF VIE :
Adresse personnelle : 9 RUE DE LA LIBERTE	
79000 NIORT	
Montant du capital souhaité : 30 000 €	

1 – Indiquez votre :

- taille : 180 cm
- poids : 78 kg

2 – Avez-vous été ou êtes-vous titulaire ou en instance d'attribution :

- a – d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? Oui ☒ Non ☐
- b – d'une prise en charge à 100% (affection longue durée, arrêt de travail, maladie professionnelle ...) ? Oui ☒ Non ☐

Motif	Date de début	Date de fin	Taux ou catégorie
Titulaire ou en instance d'attribution d'une rente ou d'une pension d'invalidité	15/05/2020	18/05/2020	dix pour cent
deuxième Titulaire ou en instance d'attribution d'une rente ou d'une pension d'i	18/03/2021	19/03/2021	vingt pour cent
Titulaire ou en instance d'attribution d'une prise en charge à 100	15/05/2019	25/12/2020	10
deuxième Titulaire ou en instance d'attribution d'une prise en charge à 100	15/05/2019	17/05/2019	deuxième taux de Titulaire ou en instance d'attribution

3 – Pour raison médicale :

- a – êtes-vous à ce jour en arrêt de travail ? Oui ☒ Non ☐
- b – durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail ou votre activité plus de 3 semaines consécutives ? Oui ☒ Non ☐

Questionnaire médical (suite)

Motif	Date de début	Date de fin
etes vous à ce jour en arrêt de travail	05/02/2020	10/02/2020
Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre activité plus de 3	15/02/2019	03/07/2019
deuxième Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre activité	18/05/2018	19/05/2019
troisième Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre	01/01/2018	02/01/2018

4 – Êtes-vous actuellement enceinte et de ce fait, êtes-vous soumise à un traitement particulier ? Oui ☒ Non ☐

Motif	Traitement	Date de début	Date de fin
etes vous actuellement enceinte et de ce fait, êtes-vous soumise à un	de la patience pendant 9 mois	01/01/2021	01/09/2021

5 – a - Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un spécialiste ? Oui ☒ Non ☐

Motif	Spécialité	Traitement	Date de début	Date de fin
Au cours des 5 dernières années, avez-vo	de la dentition	poser une couronne	18/12/2020	14/03/2021
deuxième Au cours des 5 dernières années	la spécialité du deuxième	le traitement du deuxième	20/12/2020	21/12/2020
le troisième Au cours des 5 dernières an	la spécialité du troisième	le traitement du troisième	01/01/2020	02/01/2020
le quatrième Au cours des 5 dernières an	la spécialité du quatrième	le traitement du quatrième	03/01/2020	04/01/2020

5 – b - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e), y compris en service d'urgence ou psychiatrie ? Oui ☒ Non ☐

Motif	Service	Traitements, soins	Date de début	Date de fin
avez-vous été hospitalisé	la pitié salle petriere	taper la tete	15/05/2019	08/06/2020
deuxième avez-vous été hospitalisé	qsdfghjk	azertyuio	16/05/2019	17/05/2019
troisième avez-vous été hospitalisé	tyuiop tyuio yuiop	dsfghj hjkl tyuiop	19/05/2019	20/05/2019
quatrième avez-vous été hospitalisé	wxcvfbg qsdfgh azerty	fghjk rtyui zert	20/05/2019	21/05/2019

6 – Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi (sauf appendicite, hernie inguinale, dents de sagesse, amygdales, végétations) :

- a – une intervention chirurgicale ou endoscopique ? Oui ☒ Non ☐
- b – un traitement par substances radioactives, par chimiothérapie, ou par immunothérapie ? Oui ☒ Non ☐
- c – une injection de produit sanguin ou une transfusion sanguine ? Oui ☒ Non ☐
- d – un test avec une sérologie positive pour le VIH ou l'hépatite B ou l'hépatite C ou tout autre risque particulier ? Oui ☒ Non ☐

Questionnaire médical (suite)

Motif	Résultat/Traitement	Date
5 dernières années, avez-vous subi...	ça va mieux	15/12/2019
deuxieme 5 dernières années, avez-vous subi...	dfghjklm	04/05/2020
Un traitement par substances radioactives	je vais beaucoup mieux	15/05/2020
Une injection de produit sanguin	ça plane pour moi	16/03/2020
Un test avec une sérologie positive pour le VIH ou I	c'est pas gai toutes ces questions	14/08/2020

7 – Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) :

- | | |
|---|--|
| a – d'une maladie chronique ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| b – d'une affection neurologique, psychique ou dépression nerveuse ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c – d'une affection cardiaque, vasculaire ou hypertension artérielle ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| d – d'une affection respiratoire ou broncho-pulmonaire ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| e – d'une maladie osseuse, articulaire ou rhumatismale ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| f – d'une maladie digestive, rénale ou sanguine ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| g – de trouble métabolique (diabète, cholestérol, triglycérides) ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| h – d'une autre affection non mentionnée ci-dessus nécessitant un suivi ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Diagnostic posé	Date	Traitement, nom des médicaments	Date de début
D'une maladie chronique	01/12/2020	c'est pour le test	01/12/2020
D'une affection neurologique, psychique o	16/09/2020	le traitement de l'affection neurologique	15/05/2019
deuxième D'une affection neurologique, psychique o	01/01/2018	on peut ajouter des réponses complémentaires	05/01/2018
D'une affection cardiaque, vasculaire	08/04/2017	le traitement pour l'affection cardiaque	09/04/2017
D'une affection respiratoire ou broncho-pulmonaire	01/11/2020	antibrocholiptose	02/11/2020
D'une maladie osseuse, articulaire ou rhumatismale	04/06/2020	le traitement pour la maladie osseuse	05/06/2020
D'une maladie digestive, rénale ou sanguine	15/01/2020	le traitement pour la maladie degenerative	16/01/2020
le deuxieme diagnostique pour la maladie dégénérative	18/01/2021	le traitement de la deuxième maladie degenerative	19/01/2021
De trouble métabolique diabète, cholestérole, tryglycérides	03/02/2020	le traitement du trouble métabolique	04/01/2021
deuxième De trouble métabolique diabète, cholestérole, tryglycérides	20/03/2020	deuxième traitement De trouble métabolique	21/03/2020
le diag d'une autre affection non mentionnée ci-dessus nécessitant un suivi	28/05/2019	le traitement D'une autre affection non mentionnée ci-dessus nécessitant un suiv	29/05/2019

8 – Êtes-vous actuellement sous traitement médical ou sous surveillance médicale ?

Oui ☒ Non ☐

Questionnaire médical (suite)

Motif	Date	Traitement institué
le motif de traitement médical ou sous surveillance médicale	30/01/2020	traitement de traitement médical ou sous surveillance médicale
deuxième motif de traitement médical ou sous surveillance médicale	08/09/2020	deuxième traitement de motif de traitement médical ou sous surveillance médicale

9 – Êtes-vous atteint(e) :

a – d'une affection récidivante ou d'une infirmité ?

b – de séquelles d'accident ou de maladie ?

Oui ☒ Non ☐

Oui ☒ Non ☐

La (les) quelle(s)	Motif	Date
la réponse de affection récidivante ou d'une infirmité	le motif de affection récidivante ou d'une infirmité	04/09/2021
la réponse de séquelles d'accident ou de maladie	le motif de séquelles d'accident ou de maladie	05/05/2020

10 – Vous a-t-on informé(e) que, dans les 6 prochains mois, vous alliez être hospitalisé(e), subir une intervention chirurgicale, consulter, subir des examens complémentaires, observer un traitement ?

Oui ☒ Non ☐

Motif	Date
le motif de l'intervention dans les 6 mois	15/05/2020
le deuxième motif de l'intervention dans 6 mois	16/05/2020

- J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue du traitement de ma demande, fassent l'objet d'une gestion interne à cette fin par MAIF VIE, qui en est responsable.
- Je déclare qu'après avoir lu et compris chacune des questions ci-dessus, j'y ai répondu de façon complète, sincère et précise.
- Je déclare accepter la communication de ces informations au service médical de MAIF VIE.
- Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé entraînera la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des assurances).
- Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet de l'assurance.

Signature du souscripteur assuré :

Vos données personnelles sont traitées par MAIF VIE et la MAIF, responsables de traitement, et sont utilisées pour :

- la réalisation des opérations précontractuelles ou contractuelles sur la base de l'exécution du contrat,
- la personnalisation des offres et l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par le groupe MAIF et ses partenaires sur la base de vos choix (consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, ou opposition),
- la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme dans le cadre de la législation,
- la lutte contre la fraude sur la base de l'intérêt légitime. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la réalisation de statistiques sur la base de l'intérêt légitime.

La durée de conservation de vos données est comprise entre 36 mois et la durée du contrat augmentée des prescriptions applicables (en cas de souscription). Les destinataires de vos données sont MAIF VIE, la MAIF, leurs distributeurs et leurs sous-traitants. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité, d'opposition, de suppression, et vous pouvez définir des directives post mortem relatives à vos données. Vous pouvez exercer vos droits auprès de MAIF VIE, « Le Pavois », 50 avenue Salvador Allende, CS 90000, 79029 Niort cedex 9

– Mail : maifvie@maif.fr, ou en contactant le Délégué à la protection des données du groupe MAIF, CS 90000, 79038 Niort Cedex 9 ou vosdonnees@maif.fr. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'un démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition sur le site www.bloctel.gouv.fr. Toutefois en tant qu'adhérent, nous sommes susceptibles de vous adresser de tels appels téléphoniques.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur maif.fr rubrique données personnelles.