

CONTRAT INDIVIDUEL DÉPENDANCE



M. Mme Nom et Prénom

Nom de jeune fille éventuel

Date de naissance Lieu de naissance (Département, ville, arrondissement)

Adresse

Situation de famille :
 célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Situation professionnelle : Actif Retraité ou Préretraité Date de départ en retraite ou préretraite

Autre situation à préciser :

LE MODE DE VIE

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON

Pouvez-vous vous déplacer seul(e) sans aide à l'intérieur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous sortir seul(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Conduisez-vous régulièrement un véhicule ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la marche ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilisez-vous une canne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre des escaliers ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des difficultés pour vous habiller, vous déshabiller ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous préparer votre repas, vous servir à table ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous manger seul(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous boire seul(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des difficultés pour écrire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous besoin d'aide pour faire votre toilette ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Tenez-vous seul(e) votre budget, vos comptes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous sous tutelle, sous curatelle ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous mettre seul(e) des bas, des chaussettes, des chaussures ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une aide-ménagère ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Quels sont vos loisirs ?	<input type="text"/>
Lisez-vous régulièrement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous capable de suivre une conversation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous faire seul(e) vos transferts (couché, assis, debout) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilisez-vous un téléphone, une télécommande, un ordinateur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous besoin d'une aide humaine pour les toilettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une activité associative ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pratiquez-vous une activité physique régulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

LE SUIVI MÉDICAL

1	Veuillez indiquer : Taille : <input type="text"/> cm Pression artérielle : <input type="text"/> / <input type="text"/> Poids : <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/> non traitée
2	Au cours des 10 dernières années, avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines (médicaments, kinésithérapie, psychothérapie, radiothérapie, chimiothérapie) pour une autre affection qu'une hypercholestérolémie, ou la ménopause ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : Motif(s), date : <input type="text"/>
3	Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 30 jours ? (sauf congé légal de maternité) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez : <input type="text"/> Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez : <input type="text"/>
4	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) 3 jours consécutifs ou plus, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicite bénigne, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : Motif(s), date : <input type="text"/>
5	Bénéficiez-vous du remboursement à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : Motif(s), depuis quand, date : <input type="text"/>
6	Combien de fois par an consultez-vous : - votre médecin généraliste ? <input type="text"/> - un spécialiste ? <input type="text"/>
7	Dans les 6 prochains mois, devez-vous : - être hospitalisé(e) ? Pour quel motif et à quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> - être opéré(e) ? Pour quel motif et à quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> - effectuer des examens complémentaires (scanner, IRM, fond d'œil, doppler) ? Précisez : <input type="text"/>
8	Gardez-vous des séquelles d'un accident, d'une maladie, d'une infirmité ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9	Etes-vous essouffé(e) au moindre effort ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

LES PATHOLOGIES (Répondez à ces questions si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions du cadre « LE SUIVI MÉDICAL »)

1	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : Localisation : <input type="text"/> Date de diagnostic : <input type="text"/> Date de fin de traitement : <input type="text"/> Y a-t-il eu rechute : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de celle-ci : <input type="text"/>
2	Etes-vous suivi(e) pour : - Une hypertension artérielle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions et traitement : <input type="text"/> - Une artérite ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions et traitement : <input type="text"/> - Une atteinte des vaisseaux du cou ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions et traitement : <input type="text"/> - Des troubles respiratoire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions et traitement : <input type="text"/> - Des troubles cardiovasculaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions et traitement : <input type="text"/>

LES PATHOLOGIES suite (Répondez à ces questions si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions du cadre « LE SUIVI MÉDICAL »)

3	Avez-vous une maladie des os et des articulations ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Une arthrose ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Localisation : <input type="text"/>	
	- Une prothèse ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Localisation : <input type="text"/>	
	- Une polyarthrite rhumatoïde ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de début : <input type="text"/>	
	- Une autre maladie rhumatismale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Laquelle : <input type="text"/>	
	Date de début : <input type="text"/>	
4	Depuis 10 ans, avez-vous présenté des troubles psychiatriques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Hospitalisé(e) en psychiatrie ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Précisez : <input type="text"/>	
	- Suivi(e) par un psychiatre ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Précisez : <input type="text"/>	
	Lequel : <input type="text"/>	
5	Etes-vous suivi(e) pour un diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si OUI, joindre les documents suivants :	
	- Dernière ordonnance concernant le diabète	
	- Dernier bilan ophtalmologique avec résultat du fond d'œil	
	- Dernière prise de sang avec dosage de l'HbA1c	
6	Avez-vous, depuis 10 ans, présenté :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Une épilepsie, des vertiges ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Quelle affection ? : <input type="text"/>	
	et quand ? : <input type="text"/>	
	- Un accident ischémique transitoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Quand ? : <input type="text"/>	
	- Tout autre maladie neurologique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Laquelle ? : <input type="text"/>	
	et quand ? : <input type="text"/>	
7	Avez-vous eu l'une des maladies suivantes ?	
	- Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Sclérose en plaques (SEP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Hémorragie cérébrale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	- Autres maladies neurologiques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui, laquelle ? : <input type="text"/>	
8	Consultez-vous un ophtalmologiste ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si OUI, à quelle fréquence ? : <input type="text"/>	
9	Portez-vous des verres correcteurs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si OUI, pour quelle pathologie ? : <input type="text"/>	

ENGAGEMENT

Je soussigné(e)

- déclare avoir été informé(e) et avoir **accepté** la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de l'Assureur.
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e) que :
 1. toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité du contrat (article L113-8 du Code des Assurances),
 2. en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, au titre de contrats individuels et collectifs facultatifs sa résiliation en cas de refus de l'augmentation des cotisations ou, si le manquement est constaté après un sinistre, la réduction des prestations (article L113-9 du Code des Assurances).

À le Signature de l'assuré précédée de « Lu et approuvé »

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1. Aucune question ne doit être laissée sans réponse.
Répondre par oui ou par non. Si oui, donner toutes les précisions nécessaires. Notre Médecin Conseil se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires.
2. Les réponses ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Elles doivent être écrites de la main de l'assuré.
3. Dater et signer votre questionnaire.
4. Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous êtes formellement invité à les transmettre sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à : M. le Médecin Conseil.

Tout questionnaire incomplet sera retourné.

Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant les copies de document se rapportant à votre santé (compte-rendu d'hospitalisation, d'opération, résultats d'examen médicaux, ordonnances...).

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis Assurances, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.