



CRYSTAL MOBILITY

EXPATRIÉS



EXPAT PRÉVOYANCE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire médical est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge.

Pour des raisons de confidentialité, il vous est possible de transmettre ce questionnaire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil.

A partir de la question n°2, répondre par oui ou non dans chaque case correspondante. En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous, apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur la feuille complémentaire jointe datée et signée. Merci de joindre également les copies de tout document utile (comptes-rendus opératoires ou histologiques, certificat médical...).

	Titre	Adhérent
1	Taille (en cm)	
	Poids (en kg)	
	Tension	
2	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint d'une maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'appareil cardio-vasculaire, - de l'appareil digestif, - de l'appareil respiratoire, - du système nerveux, - de l'appareil génito-urinaire - d'une maladie endocrinienne ou métabolique, - d'une maladie neuropsychique, - d'une maladie des os et des articulations, - d'une tumeur ? <p style="text-align: right;">Pathologie :</p> <p style="text-align: right;">Date de diagnostic :</p> <p style="text-align: right;">Évolution et les séquelles :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	<p>Êtes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années ?</p> <p style="text-align: right;">Date :</p> <p style="text-align: right;">Durée de l'arrêt :</p> <p style="text-align: right;">Motif :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) plus d'une semaine ou devez-vous l'être prochainement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immuno-déficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?</p> <p style="text-align: right;">Date :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	<p>Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées ?</p> <p style="text-align: right;">Quantité journalière :</p> <p style="text-align: right;">Vin (10 cl)</p> <p style="text-align: right;">Bière (25 cl)</p> <p style="text-align: right;">Apéritif (5 cl)</p> <p style="text-align: right;">Digestif (5 cl)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	Titre	Adhérent
10	Fumez-vous plus de 20 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux (en dehors des bilans systématiques annuels du type médecine du travail) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens ? (hors lignes commerciales régulières)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare :

- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux contrats n° MGENIB1100068NNP et MGENIB1100069NNP.
- résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant.
- reconnaître que toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la mutualité.
- signaler toute modification relative aux membres de ma famille, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où j'ai connaissance de ce changement.

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de [assureur] en joignant à la demande la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité, en cours de validité (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à Le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « lu et approuvé »

**Avant de signer, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et envoyez votre questionnaire rempli accompagné des documents demandés à l'adresse ci-dessous ou par email : medical@mgen-ib.com
Médecin conseil de MGEN International Benefits, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15**



CRYSTAL MOBILITY

SAS de courtage d'assurance au capital de 28 580 EUR,
RCS Montpellier 491 144 150

N° ORIAS 07 008 939 - www.orias.fr - Sous le contrôle de
l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
61, rue Taitbout 75009 Paris - www.acpr.banque-france.fr

Réclamations clients
relation@crystal-mobility.com

SIÈGE SOCIAL
939, rue de la Croix Verte
34090 Montpellier - France
Tél +33 1 42 56 16 41

www.crystal-mobility.com

Crystal Mobility est une société Crystal



Les contrats MGENIB1100068NNP et
MGENIB1100069NNP sont des contrats groupe
à adhésion facultative souscrits par l'Association
APREVI auprès de **MGEN Vie**, mutuelle soumise
aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée sous le numéro Siren 441 922 002,
3, square Max-Hymans - 75748 PARIS Cedex 15.

MGEN-IB,
3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15
RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.