

Nom et prénom du proposant :

Date de naissance :



Téléphone :

Niveau de formalités médicales requis :

**CACHET DE L'INTERMEDIAIRE**

## **FORMALITES MEDICALES REQUISES POUR L'ADHESION A L'ASSURANCE COLLECTIVE DESEMPRUNTEURS A COMPTER DU 1er OCTOBRE 2019**

Dans le cadre de votre demande de contrat de financement, vous devez vous soumettre à des formalités médicales. Vous pouvez les effectuer à votre initiative et joindre un dossier comportant l'ensemble des éléments requis lorsqu'ils seront en votre possession. Le dossier sera alors traité en priorité à son arrivée.

### **NOUS VOUS RECOMMANDONS**

d'utiliser l'enveloppe pré-imprimée et confidentielle disponible auprès de votre intermédiaire préservant ainsi la confidentialité des informations transmises au service médical. A défaut, vous pouvez envoyer les documents à l'adresse suivante :

**Service Médical Tarification - Assurances de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09 en indiquant "Lettre confidentielle" sur l'enveloppe.**

### **LISTE DES FORMALITES MEDICALES**

Age à l'adhésion* Niveau de Formalités médicales**	Jusqu'à 45 ans	De 46 à 65 ans	Au-delà de 65 ans
<b>Niveau 1 :</b> 0 à 200.000 €	DES + QS en cas de réponse positive à la DES	DES + QS en cas de réponse positive à la DES	QS
<b>Niveau 2 :</b> 200.001 à 250.000 €		QS	QS Analyses 1
<b>Niveau 3 :</b> 250.001 à 500.000 €	QS + EM Analyses 1	QS + EM Analyses 2	
<b>Niveau 4 :</b> 500.001 à 1.000.000 €	QS + EM Analyses 2 Cardio 1	QS + EM Analyses 4 Cardio 2	
<b>Niveau 5 :</b> au-delà de 1.000.000 €	QS + EM Analyses 3 Cardio 2 Formalités financières	QS + EM Analyses 4 Cardio 2 Formalités financières	

\* l'âge à l'adhésion se calcule par différence de millésimes, c'est-à-dire année de souscription moins année de naissance

\*\* montant : encours total des prêts (capital du présent prêt + solde des capitaux déjà assurés)

**DES : déclaration d'état de santé figurant sur la demande d'adhésion**

**QS :** questionnaire de santé réf. **16.02.43. sur 4 pages**

**QS + EM :** questionnaire de santé + examen médical réf. **16.02.43. sur 6 pages**

**Analyses 1 :** analyse de sang comprenant le cholestérol, les triglycérides, la glycémie, un test sérologique de recherche des anticorps VIH 1 et 2 de moins de 6 mois.

**Analyses 2 :** analyse de sang comprenant la glycémie, le cholestérol avec fraction HDL et les triglycérides, la créatinine, l'acide urique, les transaminases ASAT et ALAT et Gamma-GT, un test sérologique de recherche des anticorps VIH 1 et 2 de moins de 6 mois, un test de recherche des marqueurs des hépatites B et C suivants : Hépatite B (Ag Hbs et Ac anti Hbc total), Hépatite C (Ac anti-VHC) un dosage des PSA pour les proposant masculins de plus de 45 ans.

**Analyses 3 :** analyses 2 sans PSA + numération formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation + analyse des urines avec examen cytotobactériologique, numération des germes, leucocytes, érythrocytes, recherche de l'albuminurie et cotininurie qualitative/quantitative>200ng/ml.

**Analyses 4 :** analyses 3 + dosage des PSA pour les proposant masculins.

Une copie des examens biologiques doit être adressée au médecin traitant du patient.

**Cardio 1 :** une copie du compte rendu d'un électrocardiogramme au repos à douze dérivations.

**Cardio 2 :** Cardio 1 + une copie du compte rendu d'un électrocardiogramme d'effort avec ergométrie (sauf contre indication) accompagné d'un rapport détaillé du cardiologue sur l'état cardio-vasculaire. Il est inutile de repasser un électrocardiogramme d'effort, si celui-ci a moins d'un an.

**Formalités financières :** les documents sont disponibles auprès de votre intermédiaire.

## IMPORTANT

---

Lorsque vous vous rendez chez le médecin, vous devez :

- être en possession des imprimés comportant les références du dossier remis par votre intermédiaire (examen médical, détail des examens biologiques...)
- être à jeun en cas d'analyse de sang.
- être en possession d'une pièce d'identité.

Si vous déclarez une opération (\*\*), nous vous invitons à joindre une copie du compte-rendu opératoire, une copie du compte-rendu histologique ou anatomo-pathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant.

(\*\*) opérations non concernées : appendicite, amygdales, végétations, hernie ombilicale, inguinale ou discale, extraction des dents de sagesse.

Toutefois, en cas de hernies, il y a lieu de préciser le type de hernie et la date de l'intervention.

## REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

---

Les frais d'examens médicaux engagés seront remboursés par l'assureur, dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, dans les cas suivants :

- Lorsque l'adhésion est effective
- Lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur
- Lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières (surprime, exclusion)

Le correspondant médical devra IMPERATIVEMENT indiquer son numéro de SIRET et son I.B.A.N. sur les documents fournis.

**En revanche, les frais restent à votre charge dans les cas suivants :**

- Les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur.
- Vous ne donnez pas suite à la demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au premier paragraphe.

## AERAS

---

Pour faciliter l'accès au plus grand nombre, les assureurs, établissements de crédits, associations de malades et de consommateurs et les pouvoirs publics ont conclu la convention "AERAS" proposant des solutions adaptées.

Nous appliquons les dispositifs prévus par "AERAS" et, le cas échéant, nous transmettons votre dossier à la commission mise en place à cet effet. N'hésitez pas à demander le dépliant "AERAS" auprès de votre interlocuteur habituel, ou sur internet à l'adresse suivante :

**[www.lesclesdelabanque.com](http://www.lesclesdelabanque.com).**

## RESEAU ARM

---

Nous vous recommandons d'effectuer les examens médicaux avec le concours de la société A.R.M. (Analyse du Risque Médical) si l'encours de votre dossier dépasse 500.000 €.

Les avantages :

- un seul rendez-vous pour l'ensemble des examens
- un seul déplacement
- pas d'honoraires à verser

Pour connaître le lieu dans lequel la totalité de votre bilan pourra être réalisée, appelez-le : **09 70 72 72 72**

## Document d'information AERAS

à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)

== JUIN 2019 ==

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
  - les caractéristiques des pathologies, (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert ;
  - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

**Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.**

### **Non-déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention**

#### **1.1 Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :**

- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>e</sup> anniversaire de l'emprunteur.

#### **1.2 Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :**

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans :
  - o **si** la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - o **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie.
- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :
  - o **si** la *date de fin du protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - o **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie,

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle. Les conséquences de la maladie cancéreuse ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

→ **Vos droits : Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives aux maladies cancéreuses mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.**

<sup>1</sup> **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

<sup>2</sup> **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

## **Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS**

### **2.1 Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :**

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320.000€, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 320.000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>e</sup> anniversaire de l'emprunteur.

### **2.2 Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS**

**Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :**

#### **a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard :**

- o La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- o Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique<sup>3</sup> (pathologies cancéreuses) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

→ **Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à des antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.**

#### **b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard :**

- o La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;
- o Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

→ **Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.**

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

## **Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS**

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

---

<sup>3</sup> **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

<sup>3</sup> **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

## Questionnaire de santé

Réf. 16.02.43 – 10/2019

Page 1/4 ou 1/6

NOM : ..... Réf. Partenaire : .....  
 Prénom : ..... Adresse : .....  
 Date de naissance : ..... Profession : .....

Merci de répondre à toutes les questions. Un questionnaire incomplet sera retourné et entraînera un délai de traitement plus long. En cas de réponse(s) positive(s), le service médical se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires, par retour de courrier. Veuillez répondre avec exactitude à toutes les questions car vos réponses vous engagent. Vous pouvez compléter votre questionnaire seul, soit sur place, soit à votre domicile.

Les documents sont destinés au :

**Service Médical Tarification - Assurance de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 9**

Si vous avez choisi la voie postale, indiquez « lettre confidentielle » sur l'enveloppe ou utilisez celle disponible auprès de votre conseiller.

**Coordonnées de votre médecin traitant : (A COMPLETER)**

NOM..... Prénom.....  
 Adresse..... Code postal..... Ville.....

### PARTIE À COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

1	Votre taille : ..... cm      Votre poids habituel : ..... kg														
2	Votre tension artérielle habituelle ...../..... Suivez-vous actuellement un traitement pour la tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, depuis quand : ..... Médicaments : .....												
3	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui												
4	Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? (drogues)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, jusqu'à : ..... <input type="checkbox"/> En cours Lesquels : .....												
5	Êtes-vous actuellement pris(e) en charge à 100% au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de Sécurité Sociale ou un autre régime obligatoire de base ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : ..... Depuis quand : .....												
6	Êtes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident? (hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : ..... Depuis le : .....												
7	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail partiels ou totaux par suite de maladie ou d'accident de plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Motifs :</th> <th>Date début</th> <th>Durée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Motifs :	Date début	Durée	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Motifs :	Date début	Durée													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Page 2/4 ou 2/6

8	<b>Avez-vous une affection congénitale ou avez-vous eu une amputation ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle : ..... Depuis : .....												
9	<b>Êtes-vous titulaire ou dans l'attente de l'attribution d'une pension, rente ou allocation au titre de l'incapacité au travail ou d'une invalidité y compris l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle ..... Depuis le : ..... Taux : ..... %    Demande en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif : .....												
10	<b>Suivez-vous actuellement un traitement prescrit médicalement ?</b> (hors tension artérielle, contraception et hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Traitements :</th> <th>Depuis</th> <th>Affection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Traitements :	Depuis	Affection	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Traitements :	Depuis	Affection													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
11	<b>Recevez-vous des soins prescrits médicalement ?</b> Kinésithérapie, ergothérapie, soins infirmiers, orthophonie, psychomotricité (la liste proposée ci-dessus est donnée à titre d'exemple et n'est pas complète)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Soins :</th> <th>Depuis</th> <th>Affection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Soins :	Depuis	Affection	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Soins :	Depuis	Affection													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
12	<b>Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, un traitement par iode radioactif, laser, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Affection : ..... Type de traitement : ..... Début : .....    Fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours												
13	<b>Avez-vous été accidenté(e) ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand : ..... Nature des lésions : ..... .....												
14	<b>Avez-vous eu un traumatisme crânien ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, sans coma ou sans perte de connaissance <input type="checkbox"/> Oui, le ..... avec coma d'une durée de ..... <input type="checkbox"/> Oui, le ..... avec perte de connaissance initiale												
15	<b>Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, depuis ..... Motif : ..... À quelle fréquence ? ..... Type de praticien : .....												
16	<b>Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, une anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète) ou une anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Taux glycémie : ..... g/l    HBA 1C : ..... % Cholestérol : ..... g/l    Triglycérides : ..... g/l												

17	<b>Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, quelle que soit la fréquence, une affection nécessitant ou ayant nécessité un traitement, des consultations de suivi, des contrôles biologiques ou par imagerie ?</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui, pour :</b> (les listes proposées ci-dessous sont données à titre d'exemple et ne sont pas complètes)			
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Une maladie cardiaque : maladie des coronaires, infarctus du myocarde, stent, troubles du rythme ou de la conduction, valvulopathie, greffe ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie des vaisseaux (artères et / ou veines) : insuffisance veineuse, phlébite, embolie pulmonaire, artérite ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie neurologique ou des muscles : AIT, AVC, sclérose en plaques, épilepsie, myopathie, sclérose latérale amyotrophique, myasthénie, maladie de Parkinson ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de la colonne vertébrale : arthrose, lombalgies, sciatique, spondylarthrite ankylosante, hernie discale ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie des os ou des articulations : arthrose, polyarthrite, fibromyalgie, prothèse articulaire ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une atteinte psychique ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil respiratoire : asthme, emphysème, bronchite chronique, syndrome d'apnées du sommeil, tuberculose, sarcoïdose ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil : DMLA, glaucome, cécité, surdité, vertiges ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil endocrinien (thyroïde, parathyroïde, surrénales, pancréas, hypophyse) ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen : maladie de l'œsophage, de l'estomac, du foie ou des voies biliaires, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorrhagique, diverticulite ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil urinaire (reins, uretère, vessie) et/ou de l'appareil génital : coliques néphrétiques, néphropathie, polypes, affections de la prostate ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une affection mammaire ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie tumorale ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie du sang ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie de la peau ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie infectieuse ou parasitaire ?</div> <div><input type="checkbox"/> Une maladie sexuellement transmissible ou une atteinte par le VIH (immunodéficience humaine) ?</div> </div>			
<b>Pour chaque case cochée, merci de compléter :</b>			
Affection : ..... Date 1��rs symptômes : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours			
Affection : ..... Date 1��rs symptômes : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours			
Affection : ..... Date 1��rs symptômes : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours			
Affection : ..... Date 1��rs symptômes : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours			
Affection : ..... Date 1��rs symptômes : ..... Date de fin : ..... <input type="checkbox"/> En cours			
18	<b>Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale, y compris en ambulatoire ?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><b>Motifs :</b></div> <div><b>Quand</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div>
19	<b>Une hospitalisation y compris en ambulatoire est-elle pr��vue dans les 6 prochains mois ?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><b>Motifs :</b></div> <div><b>Quand</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div>

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Page 4/4 ou 4/6

20	<p><b>Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs des examens suivants ayant révélé des anomalies :</b></p> <p>- tests sanguins</p> <p>- examens spécifiques ou autres investigations : radiographie, échographie, scanner, IRM, doppler, artériographie, endoscopie digestive ou bronchique, scintigraphie, électromyogramme, électroencéphalogramme, arthroscopie, polysomnographie, PET scan ?</p>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand ..... Quelle(s) anomalie(s) ?..... ..... ..... <b>Joignez les copies des comptes rendus d'investigations ou des résultats du test sanguin</b> sauf en cas d'amygdalite, de végétations, d'une hernie ombilicale, inguinale ou discale, de dents de sagesse
21	<p><b>Avez-vous effectué une mammographie ?</b></p>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand ..... <b>Résultats :</b> <input type="checkbox"/> Sans anomalie ou classification ACR1 / ACR2 <input type="checkbox"/> Autres résultats, <b>alors joignez la copie du compte rendu</b>

J'ai pris connaissance que les informations relatives au suivi de mon dossier me seront communiquées par SMS si mon numéro est enregistré dans mon espace client Banque à Distance.

Je certifie que les renseignements et réponses consignés ci-dessus sont exacts, complets et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Je reconnais avoir été informé que TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION ENTRAÎNENT LES SANCTIONS DES ARTICLES L.113-8 ET L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES.

Je consens à ce que mes données personnelles, en particulier celles concernant ma santé, soient traitées en vue de l'établissement, la gestion et l'exécution de mon contrat.

<p>Fait à _____ Le ____ / ____ / _____</p>	<p><b>Signature de la personne à assurer :</b></p>
--	--

**Art. L.113-8** - le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

**Art. L.113-9** - l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

**Vous trouverez dans la notice d'information du contrat les plus amples renseignements quant à l'utilisation de vos données personnelles et l'exercice de vos droits.**



NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 5/6

### PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Partie transmise par la personne à assurer au médecin qui se chargera de répondre à toutes les questions et de commenter les anomalies constatées.

			(si oui, complétez)	
22	A) Etes-vous le médecin traitant de la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Depuis quand.....
	B) Vous êtes-vous assuré(e) de son identité ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Comment.....
23	<b>CONSTITUTION</b>			
	A) Taille.....cm (résultat de la mensuration)		IMC.....	
	B) Poids.....kg (résultat de la pesée)			
24	<b>GÉNÉRALITES</b>			(si oui, préciser)
	A) Anomalies congénitales ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
	B) malformations ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
25	<b>HABITUDES</b>			(si oui, préciser)
	A) Mode de vie néfaste à la santé ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
	B) Signes suggérant un comportement addictif ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
26	<b>SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME</b>			(si oui, préciser)
	Anomalie éventuelle?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
27	<b>PSYCHIATRIE</b>			(si oui, préciser)
	Troubles du comportement ou signes évocateurs d'une affection psychiatrique ?			.....
28	<b>SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES</b>			(si oui, préciser)
	Symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou myopathie ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
29	<b>ORGANES SENSITIFS</b>			(si oui, préciser)
	A) Affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Laquelle..... D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	B) Affection des yeux ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Laquelle..... OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/>
30	<b>APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b>			(si oui, préciser)
	A) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
	B) Bruits du cœur pathologiques ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	..... Intensité.....
	C) Souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> systolique, siège ?..... Intensité..... <input type="checkbox"/> diastolique, siège ?..... Intensité..... Irradiation..... Organicité ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Diagnostic.....
	D) Anomalie des pouls périphériques et carotidiens ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Siège..... <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche Cause..... Importance.....
	E) Troubles du système veineux, varices, œdème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Lesquels ?..... Importance.....
	F) Tension artérielle Systolique..... Diastolique..... Non traitée <input type="checkbox"/> Traitement et date..... Fréquence du pouls..... / mn Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos. Contrôle éventuel : systolique..... diastolique..... Pulsation...../mn			
31	<b>APPAREIL RESPIRATOIRE</b>			(si oui, préciser)
	A) Anomalie auscultatoire ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....
	B) Examen radiologique ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Résultat.....
	C) Pathologie sinusienne ou pharyngée ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	.....

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 6/6

<b>32</b>	<b>APPAREIL DIGESTIF</b>			(si oui, préciser)
	A) Pathologie de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Organomégalie ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> hépatomégalie..... <input type="checkbox"/> splénomégalie..... Cause.....
	C) Hernie, éventration ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Siège..... bilatéral <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	D) Une recherche des cancers recto-coliques a-t-elle été effectuée ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Date..... Résultat.....
<b>33</b>	<b>APPAREIL UROGENITAL</b>			(si oui, préciser)
	A) Examen d'urine Albumine ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	dosage éventuel.....g/l
	(l'urine doit être Sucre ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	dosage éventuel.....g/l
	émise chez le Sang ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	médecin) Leucocytes ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	Autres substances anormales ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Affection des seins ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
<b>34</b>	<b>PEAU</b>			(si oui, préciser)
	Affection de la peau ou des phanères ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
<b>35</b>				(si oui, complétez)
	<b>ADENOPATHIES</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Topographie..... Consistance.....
<b>36</b>	<b>OS, ARTICULATION ET TISSU CONJONCTIF</b>			<b>Laquelle ? Depuis quand ? Séquelles ?</b>
	A) Affection osseuse	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Affection articulaire			
	a) proximales	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	b) intermédiaires	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	c) distales	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Affection rachidienne	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	D) Maladie des tissus mous et conjonctifs	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	E) Chirurgie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
<b>37</b>	<b>CONCLUSION</b>			(si oui, préciser)
	A) Estimez-vous que l'état de santé de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Veuillez éviter, à l'égard de la personne à assurer, toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.  
**Ne joignez pas de note d'honoraires, nous réglerons sur la base de ce document. Veuillez ne pas faire payer la personne à assurer.**

Afin de permettre le remboursement, merci d'indiquer **IMPÉRATIVEMENT** votre n° SIRET : .....

Votre IBAN : ..... Vous pouvez joindre un relevé IBAN.

Montant des honoraires (\*) : ..... € (\* en conformité avec les pratiques usuelles d'un maximum de 3 C)

Honoraires acquittés par la personne à assurer ? ☐ OUI ☐ NON

Fait à..... Le...../...../.....

Cachet et signature du médecin