

PREVOYANCE POLE PRODUCTION	PROCEDURES CONTRAT ALLIANZ SOLASTER	Fiche 1 – Version :
	FORMALITES MEDICALES CONTRACTUELLES ASSUREUR ALLIANZ	Page : 1/2

CAPITAUX (encours compris du contrat 5307 uniquement)	AGE A L'ADHESION		
	< 45 ans	≥ 45 ans < 55 ans	≥ 55 ans
≤ 100 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé
> 100 000 € A ≤ 200 000 €			
> 200 000 € A ≤ 300 000 €	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (1) Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (1) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (1) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Test cotinine urinaire (non fumeur)*
> 300 000 € A ≤ 500 000 €			
> 500 000 € A ≤ 1 200 000 €	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (1) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Bilan sanguin (1) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (1) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Test cotinine urinaire (non fumeur)*
> 1 200 000 € < 1 500 000 €	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) Test cotinine urinaire (non fumeur)*	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) PSA Test cotinine urinaire (non fumeur)*

PREVOYANCE POLE PRODUCTION	PROCEDURES CONTRAT ALLIANZ SOLASTER	Fiche 1 Version :
	FORMALITES MEDICALES CONTRACTUELLES ASSUREUR ALLIANZ	Page : 2/2

CAPITAUX (encours compris du contrat 5307 uniquement)	AGE A L'ADHESION		
	< 45 ans	≥ 45 ans < 55 ans	≥ 55 ans
≥1 500 000 €	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) Test cotinine urinaire (non fumeur)* Questionnaire financier et activités «emprunteur »	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) Test cotinine urinaire (non fumeur)* Questionnaire financier et activités «emprunteur»	Questionnaire de santé Rapport médical (4pages) Bilan sanguin (2) ECG (12 dérivation) au repos avec Compte rendu Rapport détaillé du cardiologue Echographie cardiaque avec Compte rendu Examen d'urine(3) PSA Test cotinine urinaire (non fumeur)* Questionnaire financier et activités «emprunteur»

Bilan sanguin (1) = numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT – triglycérides – créatinine - Gamma GT – Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) – Test de dépistage VIH 1, VIH 2 par 2 techniques différentes

Bilan sanguin (2) = numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT – triglycérides – créatinine - Gamma GT – Test de dépistage hépatite B (recherche antigène HBs) -Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) – Test de dépistage VIH 1, VIH 2 par 2 techniques différentes

Examen d'urine (3) = sucre, albumine, hématies, leucocytes

PSA = Prostatic Spécific Antigen pour les hommes

***Adhésion Non Fumeur** : Test cotinine urinaire

Réservé au conseil médical des assureurs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Références indispensables

Contractant
(employeur ou organisme ayant souscrit le contrat d'Assurance Collective)

Adresse du Contractant
.....

Numéro de code de l'assurance collective
(ne pas oublier SVP)

Cadre réservé à la compagnie

Montant du prêt euros
..... (devise à préciser)

Durée du prêt

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la demande en cours. De ce fait, ce document sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire dans le respect du secret médical. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et liberté – Case courrier 81346 - 28 rue de Bonnel – 69435 Lyon Cedex 03.

Déclaration de la personne à assurer

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Profession

Êtes-vous affilié au régime général de la Sécurité sociale ? oui non

Nom et adresse du médecin traitant

Questionnaire d'état de santé simplifié

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer.

Répondre par
OUI ou NON

- 1 Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer actuellement votre activité professionnelle à plein temps, ou vous en a-t-il empêché depuis cinq ans pendant plus de quinze jours consécutifs? Date de l'arrêt
Durée de l'arrêt
Motif de l'arrêt
Séquelles
- 2 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladie ou d'accident nécessitant ou ayant nécessité un traitement médical, avez-vous subi (ou devez-vous subir) une intervention chirurgicale? Date et nature
• de la maladie ou de l'accident
• du traitement médical
• des interventions chirurgicales
Séquelles
- 3 Êtes-vous atteint d'une infirmité? Laquelle
Séquelles
- 4 Êtes-vous titulaire d'une pension à titre civil ou militaire ou d'une rente accident du travail? Taux et date d'attribution de la pension ou de la rente:
(Joindre un descriptif des affections pensionnées)
- 5 Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite ou à l'un des virus de l'immuno-déficiência humaine? Si oui, indiquez-en :
• le résultat
• la date
- 6 Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé? Si oui, donnez toutes précisions utiles

Je soussigné, certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse fausser l'opinion des Assureurs sur les risques à couvrir.

Les sanctions prévues par l'article L 113-8 du Code des assurances pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que la personne à assurer avait fait une fausse déclaration, intentionnelle ou non.

A le
Signature du Médecin qui a pris connaissance des déclarations écrites
par le proposant

Signature du proposant précédée des mots « Lu et Approuvé »
écrits de sa main

Avez-vous contrôlé l'identité du proposant? oui non
Avez-vous déjà donné des soins au proposant? oui non

Rapport du médecin

Aspect général (teint, état de la peau, musculaire, corpulence, varicosités, erythrose palmaire)

Âge apparent

Taille Poids Périmètres : thoracique Abdominal

Antécédents personnels

Médicaux

Chirurgicaux

Traumatiques

Sports

Hygiène alimentaire

Consommation de tabac / jour ou paquet / an

Consommation de boissons alcoolisées / jour de quel type

Usage de stimulants, tranquillisants, barbituriques, stupéfiants

Séjours hors d'Europe

Antécédents familiaux (en cas de décès, préciser l'âge et la cause)

Ascendants

Descendants

Collatéraux

Résultats d'analyses biologiques

Pratiquées antérieurement

Demandées pour cet examen

Traitements actuels

Nature du ou des traitements

Causes

Dates de début

Os, articulations et rachis (séquelles d'accidents, de maladie ou d'infirmités)

Peau et phanères

Systèmes nerveux

Réflexes ostéo-tendineux, pupillaires

Troubles divers

Psychisme

Organes des sens

Vue: • acuité visuelle avec ou sans correction

• troubles oculaires

Ouïe: • troubles auditifs

Larynx

Appareil respiratoire

Troubles fonctionnels

Auscultation

Date de la dernière radiographie – Résultat

Appareil digestif

Troubles fonctionnels

Rate

Foie (sensibilité, dimensions)

Hernies, éventrations, cicatrices

Fibroscopie, coloscopie

Dates Résultats

Appareil lymphatique

Appareil endocrinien

Appareil génito-urinaire

Observations

Analyses des urines: • sucre

• albumine

• sang

Rapport du médecin

Cœur

- Rythme
- Clinique :
 - bruits
 - souffle
 - signes périphériques
- Radiologie

type :
œdèmes ±
bases ±

siège :
reflux ±
cyanoses ±

intensité :

Artères

- Auscultation
- Palpation
- Pressions – Oscillométrie

Veines

- Saphènes internes – externes
- Cou-de-pied
- Cyanose distale-trophicité
- Doppler

Pouls

- Caractères, régularité
- Fréquence au repos
 - après minutes
- Après exercice

Tension artérielle

- Bras droit
- Bras gauche
- Appareil utilisé
- Décubitus
- Orthostatisme
- Appréciation des résultats
- Traitement normo-tenseur

Électro-cardiogramme

Joindre le tracé de façon à ce qu'il soit informatisable de préférence sous format A4 (21 x 29,7)

- Interprétation
- Tracés antérieurs
 - au repos
 - après effort

(conditions techniques myorelaxation)

Informations complémentaires

- Séjours hospitaliers antérieurs ou maisons de cure, rééducation, convalescence, repos ...
- Comptes rendus d'examens antérieurs :
 - E.C.G. ± effort
 - Échocardiographie
 - Holter
 - Doppler
- Cathétérisme – Angiographie – Phlébographie
 - Coronarographie
 - Autres examens (radios, scanners, I.R.M., scintigraphies...)

Éléments susceptibles de faciliter l'appréciation des risques

Facteurs de risques

.....

.....

Remarques particulières

.....

.....

Avis du médecin examinateur

Ces avis doivent être formulés en fonction des antécédents, des affections en cours, aiguës ou chroniques et des séquelles d'accidents, qu'ils aient donné ou non lieu à pension, en précisant les répercussions éventuelles qu'ils peuvent avoir sur l'état de santé du proposant pendant toute la durée de l'Assurance.

- Avis relatif au risque de décès
- Avis relatif au risque de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité absolue et définitive
- Avis relatif au risque d'arrêt de travail

Il est important que le médecin s'abstienne, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

Cachet du médecin examinateur

Date

Signature du médecin examinateur

Important

Avant de nous retourner ce document, nous vous recommandons de veiller à ce que toutes les questions soient dûment complétées.

Ces renseignements sont couverts par le secret médical.

Ne pas détacher S.V.P.

Relevé d'honoraires

Visite médicale du Médecin
Nom de l'Assuré Prénom
Contractante
N° de code N° de dossier
Montant des honoraires: euros

Les honoraires du médecin sont réglés par les Assureurs

Cachet du médecin examinateur comportant le nom et l'adresse

Date
Signature du médecin examinateur

Réservé aux Assureurs

N° d'enregistrement

Relevé d'honoraires

Loi du 6 janvier 1978

Les informations recueillies sont destinées à la Compagnie, à ses préposés, à ses mandataires, ainsi que selon le cas : à ses réassureurs, à ses co-assureurs et aux organismes professionnels concernés.

Tout défaut de réponse peut entraîner l'application des sanctions contractuelles.

Pour les fichiers sur lesquels peuvent être conservées certaines informations, il existe un droit d'accès et de rectification.