

Vos formalités médicales contractuelles

Contrat PREMIUM EMPRUNTEUR

I – Typologie des examens médicaux

	Capital à assurer	Formalités Médicales
Pour les personnes âgées de moins de 45 ans	≤ 200 000 €	DES
	> De 200 000 à ≤ 300 000 €	QS
	> De 300 000 à ≤ 400 000 €	QS + PS + ECV
	> De 400 000 à ≤ 1 000 000 €	QS + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications
	De 1 000 000 à ≤ 2 000 000 € ⁽¹⁾	QS + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications + Résultat d'un dosage de cotinine urinaire pour les non-fumeurs
Pour les personnes âgées de 45 ans et plus	≤ 250 000 €	QS
	> De 250 000 à ≤ 400 000 €	QS + PS + PSA + ECV
	> De 400 000 à ≤ 1 000 000 €	QS + RM + PS + PSA + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications
	De 1 000 000 à ≤ 2 000 000 € ⁽¹⁾	QS + RM + PS + PSA + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications + Résultat d'un dosage de cotinine urinaire pour les non-fumeurs

Formalités :

1. **DES** : Déclaration d'état de santé

2. **QS** : Questionnaire de santé

3. **RM** : Rapport médical

4. **PS** : Profil sanguin comprenant :

Pour tous : Numération globulaire - formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie - créatinine uricémie - cholestérol total - HDL - LDL - triglycérides - transaminases SGOT/SGPT - gamma GT - anticorps anti VIH 1 et 2 sérologie hépatite B (antigène HBs) - sérologie hépatite C (anticorps anti VHC)

Pour les hommes de plus de 45 ans : **PSA** : Prostatic spécifique antigen

5. **ECV** : Examen cardio-vasculaire, comprenant le compte-rendu ainsi que le tracé d'un ECG.

L'ECV et l'Échographie cardiaque sont réalisées par le même cardiologue (ces examens sont pratiqués au repos)

(1) à compter de 1 500 000 € un questionnaire financier sera demandé, complété éventuellement par des annexes

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires sont à retourner à l'adresse suivante :

SPB
Médecin Conseil
PREMIUM EMPRUNTEUR
76095 Le Havre Cedex
Tél. : 0 825 826 247 - Fax : 02 32 74 22 32
E-mail : premiumemprunteur@spb.fr

II – Les réseaux prestataires

Lorsque le postulant se soumet aux formalités médicales demandées par l'assureur, il a le choix de les effectuer dans nos centres prestataires ou bien auprès d'un praticien de son choix.

Le réseau des centres permet le regroupement des formalités médicales sans avance de fonds pour le postulant.

Les centres à contacter sont :

- **CIVEM** (Centres d'Investigations et de Visites d'Expertises Médicales) : est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous, dans ses centres sur Paris (3 centres) et en Région à : Lille, Le Havre, Strasbourg, Nantes, Pau, Toulouse, Lyon, Marseille, Nice - **08 10 12 12 12** - <http://www.civem.fr/>
- **ARM** (Analyse du Risque Médical) : est présent pour réaliser les bilans médicaux dans 190 villes dont 14 adresses à Paris et 19 en Région parisienne - **08 10 72 50 00** - <http://www.armfrance.com/>
- **Montaigne Santé** est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous, dans son centre de Paris - **01 42 25 60 31** - <http://www.montaigne-sante.fr/>

Dans le cas, où le postulant effectuerait les formalités médicales auprès d'un praticien (médecin, laboratoire,...) de son choix, il lui appartiendra de **procéder lui-même au règlement** des frais engagés.

Sur présentation de l'original de la (des) facture(s) acquittée(s), nous prendrons alors en charge les honoraires correspondants, dans les limites du Tarif de Responsabilité Convention de la sécurité sociale pour le profil sanguin, l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque, et dans la limite de 2C (soit 46 € au 28/03/06) pour le rapport médical.

Déclaration d'état de santé

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR LA NÉCESSITÉ DE LIRE AVEC LE PLUS GRAND SOIN CETTE DÉCLARATION, EN PRENANT LE TEMPS DE LA RÉFLEXION.

Vous pouvez la compléter si le total des encours assurés au titre du présent contrat et du crédit à assurer est égal ou inférieur à 200 000 € et si vous avez moins de 45 ans. Sinon, vous devez répondre au questionnaire de santé.

PERSONNE À ASSURER

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution Assuré

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être actuellement en arrêt partiel ou total de travail et/ou ne pas avoir eu au cours des 5 dernières années un arrêt de travail supérieur à 30 jours consécutifs pour maladie ou accident,
- Ne pas avoir été atteint(e) au cours des 5 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) en dehors de la médecine du travail et du suivi des grossesses,
- Ne pas être actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou ne pas prendre des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs),
- Que la différence entre ma taille (hauteur exprimée en cm) et mon poids (exprimé en kg) est comprise entre 80 et 120,
- Ne pas avoir subi au cours des 10 dernières années, une (des) intervention(s) chirurgicale(s), à l'exception toutefois d'une césarienne, de l'ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, de dents de sagesse, de l'opération d'une hernie inguinale ou ombilicale, datant de plus de 3 mois, et ne pas devoir être opéré(e) dans les 12 prochains mois,
- Ne pas avoir séjourné plus de 15 jours consécutifs, au cours des 10 dernières années, dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal (prescrit médicalement),
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB (Virus de l'Hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) dont le résultat se soit révélé positif,
- Ne pas être atteint(e) d'une maladie ou accident de quelque nature que ce soit, ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale ou être reconnu(e) en invalidité,
- Ne pas être titulaire d'une pension pour maladie ou accident, ou d'une rente accident de travail supérieure à 15 %,
- Ne pas être amené(e) à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire ou de loisir, pour une durée supérieure ou égale à 3 mois consécutifs, dans un pays autre que l'Union Européenne, les États-Unis, le Canada, la Croatie, la Norvège, la Serbie/Yougoslavie, la Suisse, la Bosnie Herzégovine, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, le Japon et Singapour,
- Ne pas résider ou être expatrié(e) en dehors de l'Union Européenne,
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès dont l'encours assuré au titre du présent contrat et du crédit à assurer est supérieur à 200 000 €.

Je soussigné(e) **déclare** être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès de Direct Assurance Vie, responsable du traitement, et que l'assureur peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier.

Je **déclare** avoir reçu, pris connaissance, rester en possession de la notice d'information du contrat et en accepter tous les termes.

Je **reconnais** avoir pris connaissance de l'article L.113-8 du Code des assurances, reproduit ci-après :

"[...] Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat 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."

Je **reconnais** savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients - PREMIUM EMPRUNTEUR - dont l'adresse figure dans la notice d'information.

Fait à : Le : / /

Signature de la personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Ne pouvant satisfaire à la déclaration d'état de santé ci-dessus, je m'engage à remplir le questionnaire de santé.

La durée de validité des présentes déclarations est de **180 jours**. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir plus de 180 jours après la date de signature du présent document, la décision de l'assureur pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités.

Déclaration spéciale non-fumeur

1^{ÈRE} PERSONNE À ASSURER :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

2^{ÈME} PERSONNE À ASSURER :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Je (Nous), soussigné(s), **déclare(ons)** sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer, depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. En outre, je (nous) **engage(ons)** à informer l'assureur si nous commençons ou recommençons à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. À cet égard, l'assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Je (Nous), soussigné(s) **déclare(ons)** être informé(s) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma (nos) demande(s) d'adhésion au contrat n° 1229 souscrit auprès de Direct Assurance Vie, responsable du traitement, et que l'assureur peut communiquer mes (nos) réponses ainsi que les données me (nous) concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon (nos) dossier(s), à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon (nos) dossier(s).

Je (Nous), soussigné(s) certifie(ons) que les renseignements fournis sont exacts et prenons acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma (notre) part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances dont un extrait est reproduit dans la notice d'information.

Je (Nous), **dispose(ons)** d'un droit d'accès et de rectification auprès de **SPB, MÉDECIN CONSEIL, PREMIUM EMPRUNTEUR, 76095 LE HAVRE CEDEX.**

Fait à : Le : / /

Signature de la 1^{ère} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Signature de la 2^{ème} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, les personnes à assurer dont le cumul des capitaux assurés est supérieur à 1 000 000 euros doivent transmettre au Médecin Conseil de SPB, préalablement à la prise d'effet des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.



Questionnaire de santé

À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous pouvez demander l'assistance de votre conseiller pour compléter ce questionnaire. **Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil à l'aide de l'enveloppe confidentielle qui vous est remise préétablie à "SPB - A l'attention du Médecin conseil du Service Gestion Premium Emprunteur - 76095 LE HAVRE CEDEX" ou par tous moyens à votre convenance. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vos déclarations sont valables 6 mois.**

	Répondre OUI ou NON		En cas de réponse positive, donnez les précisions demandées
Taille (en cm)..... Poids (en Kg)..... Différence Taille - Poids =			
1 - La différence ci-dessus est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ?
2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?.....
3 - Êtes-vous soumis(e) actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ? (précisez les noms et doses des médicaments)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Lesquels ?..... Depuis quelle(s) date(s) ?.....
4 - Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'une invalidité ou de séquelles de maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	De quelle nature ?..... Depuis quelle(s) date(s) ?.....
5 - Êtes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ou d'une rente d'accident de travail supérieure à 15 % ? (joindre copie de la notification de rente)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?..... Le ou les taux ?.....
6 - Êtes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?.....
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... À quelle date ?..... Durée ?.....
8 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif, pour les sérologies VHB (Virus de l'Hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	La ou lesquelles ?..... À quelle(s) date(s) ?..... Résultat(s) :
9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous : • suivi un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? • suivi un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? • suivi un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? • suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? • suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? À quelle date ? Durée ?
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un motif autre qu'une césarienne, l'ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, des dents de sagesse, de l'opération d'une hernie inguinale ou ombilicale, datant de plus de 3 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... À quelle date ?..... Durée(s) ?.....
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : • subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? • être hospitalisé ? • suivre un traitement médical ? • subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? À quelle date ?
12 - Êtes-vous amené(e) à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire ou de loisir, pour une durée supérieure à 3 mois consécutifs, dans un pays autre que l'Union Européenne, les États-Unis, le Canada, la Croatie, la Norvège, la Serbie/Yougoslavie, la Suisse, la Bosnie Herzégovine, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, le Japon et Singapour ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel(s) pays ?..... Durée du séjour ?.....
13 - Résidez-vous ou êtes-vous expatrié en dehors de l'Union Européenne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel(s) pays ?..... Période d'expatriation : du [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] []

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat n° 1229 et destinées au Médecin Conseil du service médical de l'assureur, responsable du traitement. Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat, en avoir pris connaissance, notamment de l'objet du contrat, des conditions et exclusions de garanties et des limitations d'indemnisation ainsi que des dispositions de l'article L113.8 du Code des assurances, et en accepter tous les termes. J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de :

SPB - Médecin Conseil
PREMIUM EMPRUNTEUR - 76095 LE HAVRE Cedex

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Fait à :.....
Le :.....
Signature précédée des mots "Lu et approuvé" écrits de la main de la personne à assurer.



Questionnaire de santé

À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous pouvez demander l'assistance de votre conseiller pour compléter ce questionnaire. **Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil à l'aide de l'enveloppe confidentielle qui vous est remise préétablie à "SPB - A l'attention du Médecin conseil du Service Gestion Premium Emprunteur - 76095 LE HAVRE CEDEX" ou par tous moyens à votre convenance. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vos déclarations sont valables 6 mois.**

	Répondre OUI ou NON		En cas de réponse positive, donnez les précisions demandées
Taille (en cm)..... Poids (en Kg)..... Différence Taille - Poids =			
1 - La différence ci-dessus est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ?
2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?.....
3 - Êtes-vous soumis(e) actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ? (précisez les noms et doses des médicaments)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Lesquels ?..... Depuis quelle(s) date(s) ?.....
4 - Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'une invalidité ou de séquelles de maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	De quelle nature ?..... Depuis quelle(s) date(s) ?.....
5 - Êtes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ou d'une rente d'accident de travail supérieure à 15 % ? (joindre copie de la notification de rente)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?..... Le ou les taux ?.....
6 - Êtes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... Depuis quelle date ?.....
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... À quelle date ?..... Durée ?.....
8 - Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif, pour les sérologies VHB (Virus de l'Hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	La ou lesquelles ?..... À quelle(s) date(s) ?..... Résultat(s) :
9 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous : • suivi un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? • suivi un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? • suivi un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? • suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? • suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? À quelle date ? Durée ?
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un motif autre qu'une césarienne, l'ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, des dents de sagesse, de l'opération d'une hernie inguinale ou ombilicale, datant de plus de 3 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ?..... À quelle date ?..... Durée(s) ?.....
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : • subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? • être hospitalisé ? • suivre un traitement médical ? • subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? À quelle date ?
12 - Êtes-vous amené(e) à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire ou de loisir, pour une durée supérieure à 3 mois consécutifs, dans un pays autre que l'Union Européenne, les États-Unis, le Canada, la Croatie, la Norvège, la Serbie/Yougoslavie, la Suisse, la Bosnie Herzégovine, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, le Japon et Singapour ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel(s) pays ?..... Durée du séjour ?.....
13 - Résidez-vous ou êtes-vous expatrié en dehors de l'Union Européenne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel(s) pays ?..... Période d'expatriation : du [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] []

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat n° 1229 et destinées au Médecin Conseil du service médical de l'assureur, responsable du traitement. Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat, en avoir pris connaissance, notamment de l'objet du contrat, des conditions et exclusions de garanties et des limitations d'indemnisation ainsi que des dispositions de l'article L113.8 du Code des assurances, et en accepter tous les termes. J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'assureur peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de :

SPB - Médecin Conseil
PREMIUM EMPRUNTEUR - 76095 LE HAVRE Cedex

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Fait à :.....
Le :.....
Signature précédée des mots "Lu et approuvé" écrits de la main de la personne à assurer.

ETABLI PAR M. LE DR : _____

SUR M. _____

DEMEURANT À : _____

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin

Si le médecin est alerté par une réponse, il est prié de pousser son interrogatoire en insistant sur les symptômes. Dans les cas douteux, il demandera au proposant de faire envoyer par le médecin ou chirurgien traitant, attestation, explications, radios, etc. au médecin conseil de la compagnie.

IDENTITÉ DU PROPOSANT :

Veillez indiquer si vous connaissez personnellement le proposant : oui non

Le médecin devra inviter le proposant à compléter son numéro de carte d'identité ou de passeport : _____

Noms et prénoms : _____

Adresse : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Situation de famille : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) Nombre d'enfant(s) : _____

Profession actuelle : _____ Antérieure : _____

Activité manuelle ? oui non

ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà souscrit des propositions d'assurance ? oui non

Ont-elles été acceptées à des conditions normales ? oui non

Ont-elles été acceptées à des conditions restrictives ? oui non

Si oui lesquelles ? _____

Ont-elles été ajournées, refusées ? oui non Pour quel(s) motif(s) ? _____

MODE DE VIE

Votre taille : _____ Votre poids : _____ Votre tension artérielle (si vous en avez connaissance) : _____

Suivez-vous un régime ? oui non Lequel et pourquoi ? _____

Avez-vous des variations de poids ? oui non Pourquoi ? _____ De combien : + ou - _____

Consommation journalière de boissons alcoolisées ? Vins : _____ Bières : _____ Apéritifs : _____

Consommation journalière en tabac : Cigarettes : _____ Cigares : _____ Pipes : _____

Depuis quand fumez-vous ? _____ Si vous avez arrêté de fumer, à quelle date ? _____

Pour quel motif ? _____

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? moto engin aérien autres (préciser) : _____

En compétition ? oui non

Exercez-vous normalement vos activités professionnelles ? oui non

Si non, depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____

POUR UNE FEMME

Prenez-vous ou avez-vous pris des anticonceptionnels ? oui non Depuis quelle date ? ____ / ____ / ____

Êtes-vous enceinte ? oui non De combien de mois ? _____

Grossesses à risque ou accouchements antérieurs ou avant terme ? _____

Nombre de grossesses ? _____ Fausses couches ? _____ Césariennes ? _____ A quelle(s) date(s) _____

Maladies particulières (fibrome, tumeur, endométriose, grosseur dans les seins, etc.) : _____

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

Y a-t'il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ou des cas de suicide ? oui non

Qui ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous une invalidité ? oui non Laquelle ? _____ Depuis quelle date ? _____

Taux d'invalidité : _____ Libellé exact du motif de la pension _____

Avez-vous une infirmité ou une diminution de capacité physique ? oui non

Laquelle ? _____

Avez-vous eu des arrêts de travail de plus de 15 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ? oui non

Pour quel(s) motif(s) ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? oui non
(à l'exception de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, d'une césarienne)

Lesquelles ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous séjourné dans un hôpital, une clinique, une maison de santé, maison de repos, sanatorium ? oui non

Pour quel(s) motif(s) ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous eu des transfusions sanguines dans les 10 dernières années ? oui non

Pour quel(s) motif(s) ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous été atteint d'une maladie sexuellement transmissible ? oui non

Laquelle ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité HIV ? oui non Hépatites ? oui non

Dates et résultats : _____

Avez-vous eu une infection due aux conséquences d'une immunodéficience acquise ? oui non

Laquelle ? _____

ÉTAT PATHOLOGIQUE

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des maladies suivantes et/ou êtes-vous traité pour ces maladies :

⁽¹⁾ Cochez la ou les cases correspondantes

- APPAREIL RESPIRATOIRE⁽¹⁾

Pneumonie, pleurésie, bronchite chronique, asthme, tuberculose, crachement de sang, dyspnée, maladie allergique, rhume des foins, autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE⁽¹⁾

Infarctus, palpitations, précordialgies, HTA, artères et veines, œdème des jambes, rhumatismes articulaires aigus, essoufflements

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- SYSTEME NERVEUX⁽¹⁾

Epilepsie, paralysie, crises convulsives, vertiges, troubles psychiques, neurasthénie, spasmophilie, tétanie, autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- ORGANES DES SENS⁽¹⁾

Troubles de la vue : oui non Troubles de l'audition : oui non

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- ENDOCRINOLOGIE⁽¹⁾

Goitre, diabète, troubles hypophysaires

- MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS⁽¹⁾

Hernie discale, lumbago, douleurs du rachis, sciatique, maladies rhumatismales, maladies ostéo-articulaires, goutte,

autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- APPAREIL DIGESTIF⁽¹⁾

Diarrhée, constipation, maladie gastrique ou intestinale, maladie du foie, pancréas, coliques hépatiques

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- MALADIES INFECTIEUSES⁽¹⁾

Hépatites virales, septicémie, amibiase, colite, sida, autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- ORGANES GENITAUX-URINAIRES⁽¹⁾

Coliques néphrétiques, lésions testiculaires ou prostatiques, vessie, polypes, reins (hématurie, albuminurie)

autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- MALADIES DU SANG⁽¹⁾

Anémie, leucémie, trouble de la coagulation, hémorragies diverses

autres (préciser) : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

- DIVERS⁽¹⁾

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical régulier, un régime particulier, des soins médicaux au cours des 5 dernières années ? oui non

Si oui, indiquer la raison, le(s) nom(s) et les doses des médicaments et ou des soins prescrits :

Avez-vous subi des examens spéciaux ? électrocardiogramme, encéphalogramme, radiographies, scanner, IRM, analyses

Lesquelles ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____

Pour quelles(s) affection(s) ? _____

Avez-vous eu des éruptions ? eczéma, psoriasis, autres (préciser) : _____

Si oui, de quel type et localisation : _____

Date et nature : _____ Traitement(s) et dose(s) : _____

Evolution état actuel : _____

Code des Assurances extrait de l'article 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 a été sans influence sur le sinistre... »

Je certifie d'une part, que toutes les questions précisées ont été posées et que toutes les réponses portées ci-dessus sont conformes à mes déclarations.

D'autre part, avoir pris connaissance de l'article L113-8 du Code des assurances précité ci-dessus.

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin examinateur

Signature du proposant

Examen médical du proposant

Le médecin examinateur est prié, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser les caractères et de donner tous les détails susceptibles d'expliquer sa nature et sa valeur. Au besoin, ajouter un feuillet.

MENSURATIONS :

Taille : Poids :

ASPECT GÉNÉRAL⁽¹⁾

Age et santé apparents :

Corpulence : maigre gras obèse musclé

Signes d'alcoolisme avéré ou présumé :

Etat de la peau : ulcérations, éruptions, Kaposi, cicatrices, naevus, autres (préciser) :

APPAREIL RESPIRATOIRE

Troubles fonctionnels (voix, dyspnée, toux, crachats, hémoptysie) :

Examen de l'appareil respiratoire :

APPAREIL CIRCULATOIRE⁽¹⁾

Troubles fonctionnels : dyspnée, précordialgies, œdème, autres (préciser) :

Examen de l'appareil circulatoire :

Auscultation, rythme, pouls, pouls périphérique :

Tension artérielle : maxima minima heure :

SYSTEME NERVEUX⁽¹⁾

Tremblement des mains ? oui non

Troubles de l'équilibre, de la marche ? oui non

Paralysie ? oui non Origines :

Réflexes pupillaires ?

Réflexes rotuliens et achilléens ?

Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?

En cas de traumatisme crânien ou de trépanation, préciser les séquelles (céphalées, vertiges, crises ou équivalents comitiaux) et l'état de la brèche

TROUBLES PSYCHIQUES

Si oui, de quelle nature ?

Depuis quelle date : / / Traitement(s) et dose(s) :

SENS⁽¹⁾

Troubles oculaires ? Acuité avant correction : OG OD

Acuité après correction : OG OD

Troubles auditifs (vertiges, bourdonnements, surdité) ? Acuité auditive corrigée : oui non

APPAREIL SPLENO-GANGLIONNAIRE⁽¹⁾

Ganglions lymphatiques anormaux ? oui non Siège, volume, consistance, mobilité ?

Rate percussion et palpation

ENDOCRINOLOGIE⁽¹⁾

Diabète ? oui non D.I.D ? D.N.I.D ?

Troubles hypophysaires ? oui non Dysfonctionnement thyroïdien ? oui non

Traitement(s) et dose(s) :

APPAREIL DIGESTIF⁽¹⁾

Antécédents d'hépatites ? oui non

Appétit, soif, diarrhée, constipation Bouche, langue denture, leucoplasie (son siège) :

Percussion et palpation du foie ? Subictère ? Douleur palpation vésicule ? oui non

Masse abdominale ? Eventration ? Hernie ?

OS ET ARTICULATIONS

Rachis ? Statique vertébrale ?

Douleurs vertébrales et/ou osseuses ?

Antécédents de : lumbago sciatique hernie discale

Résultats de radiographie, scanner, IRM :

Examen des articulations périphériques (déformation, limitation des mouvements, etc.) :

APPAREIL GENITO-URINAIRE

Examen des reins : Anomalie des mictions :

Anomalies mammaires ? Résultat de la dernière mammographie :

Examen des urines en présence du médecin :

Albumine Sucre Pus Sang

Examen des testicules ?

Résultat de l'échographie prostatique si pratiquée : Date :

CONCLUSION DE L'EXAMEN

En résumé, trouvez-vous que l'état de santé du proposant soit : très bon bon médiocre préoccupant

Y a-t-il chez le proposant des prédispositions à quelques maladies et quelles sont-elles ?

Faites-vous des réserves sur la longévité du proposant ou sur les risques d'invalidité partielle ou totale ?

Des arrêts temporaires d'activité fréquents sont-ils à prévoir ? oui non

Des examens complémentaires se révèlent-ils actuellement utiles ? oui non

Si oui, lesquels ?

OBSERVATIONS

Fait à : Le : / /

Signature du médecin examinateur

Cachet du médecin

Afin d'assurer le caractère confidentiel et pour éviter tout retard dans la prise de décision du dossier, le médecin examinateur est prié d'adresser son rapport au moyen de l'enveloppe confidentielle jointe à l'attention de Monsieur le Médecin Conseil ou bien à l'adresse suivante :

**SPB / MEDECIN CONSEIL
PREMIUM EMPRUNTEUR
76095 LE HAVRE CEDEX
Fax sécurisé : 02.32.74.22.32**

Loi Informatique et Liberté : L'assuré peut demander à la société communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse ci-dessus.

DIRECT ASSURANCE VIE - Une société du Groupe AXA - Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 163/167, avenue Georges-Clemenceau - 92000 Nanterre - SA au capital de 1 898 599,20 euros - RCS Nanterre 348 225 665