

Comment adhérer au contrat ?

Vous avez demandé une adhésion au contrat « Assurance Emprunteur » et nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez. Aussi, afin de permettre l'étude de votre dossier dans les meilleurs délais, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre les documents suivants :

Pièces à retourner :

Bulletin d'adhésion et la notice d'information remplis, datés et signés.

La photocopie recto / verso de votre carte nationale d'identité ou la photocopie de votre passeport en cours de validité.

Le paragraphe spécifique de la déclaration spéciale non fumeur daté et signé.

Le Questionnaire Médical complété, daté et signé.

Un relevé d'identité bancaire correspondant à chaque autorisation de prélèvement

Formalités médicales à accomplir :

CAPITAL (en euros) *	AGE A L'ADHESION			
	jusqu'à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 74 ans	de 75 à 85 ans
moins de 120 000 €	QS	QM	QM	QM + RM + Profil Sanguin
à partir de 120 000 € et moins de 160 000 €	QM	QM + RM	QM + RM	QM + RM + Profil Sanguin + Bilan Viral + P.S.A + T.C.U + Rapport Cardio-vasculaire
à partir de 160 000 € et moins de 200 000 €		QM + RM + Profil Sanguin + Bilan viral + T.C.U	QM + RM + Profil Sanguin + Bilan Viral + P.S.A + T.C.U	
à partir de 200 000 € et moins de 450 000 €	QM + RM + Bilan Viral + T.C.U	QM + RM + Profil Sanguin + Bilan Viral + Rapport Cardio-vasculaire + P.S.A + T.C.U	QM + RM + Profil Sanguin + Bilan Viral + Rapport Cardio-vasculaire + P.S.A + T.C.U	
à partir de 450 000 € et moins de 1 000 000 €	QM + RM + Bilan Viral + T.C.U + Profil Sanguin			
à partir de 1 000 000 €	QM + RM + Bilan Viral + T.C.U + Profil Sanguin + Rapport Cardio-vasculaire			
Un Questionnaire Financier Confidentiel est demandé à partir d'1 000 000 € quel que soit l'âge du proposant (et également au cumul des garanties Décès toutes causes et Décès Accidentel)				

* Capital à prendre en considération : celui de l'affaire nouvelle + les capitaux des affaires antérieures effectuées dans notre Compagnie.

QS : Questionnaire Simplifié / **QM** : Questionnaire Médical / **RM** : Rapport Médical

Profil Sanguin : Hémogramme et vitesse de sédimentation, numération des plaquettes, dosages sanguins de glucose, cholestérol total et H.D.L, triglycérides, créatinine, acide urique, transaminases SGOT-SGPT.

Bilan Viral : antigène HBS, sérologie HVC, sérologie HIV 1et 2

P.S.A : antigène spécifique de la Prostate (uniquement chez les proposant de sexe masculin)

T.C.U : test de cotinine urinaire (résultats du laboratoire d'analyse à fournir)

Rapport cardiovasculaire : rapport d'examen clinique établi par un cardiologue avec électrocardiogramme et son compte-rendu.

L'ensemble des examens médicaux est à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

Médecin Conseil de la Compagnie

SPB - Contrat L.1017/0001

Département Assurances de Personnes

106 – 108 rue de La Boétie

75 008 PARIS

Conditions pour le remboursement à l'adhérent des frais médicaux liés à la sélection médicale demandée à l'adhésion :

- L'Assureur doit avoir reçu les originaux des documents, y compris ceux donnant les résultats de la sélection médicale,
- Les frais remboursés doivent avoir été directement supportés par l'assuré,
- L'adhérent doit fournir les notes d'honoraires originaux,
- L'adhésion doit avoir pris effet et le paiement de la première prime doit avoir été réalisé,
- L'adhérent ne doit pas avoir exercé son droit à renonciation,
- Une délégation d'assurance signée par la banque doit être retournée à l'Assureur.

Frais :

Les frais d'échéance sont fixes et égaux à **1, 50 € par prélèvement**.

La cotisation de **9 €** pour l'adhésion à l'association AGIS est prélevée une **seule fois avec la première prime**.

Les frais d'entrée de **20 €** sont, également, prélevés une **seule fois avec la première prime**.

QUESTIONNAIRE MEDICAL SIMPLIFIE

M. Mme Mlle **NOM** et **PRENOM** : Nom de j. fille :
Date et lieu de naissance : Profession :
Adresse :

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.
Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter les précisions complémentaires au bas de cette page.**

- 1 Veuillez indiquer votre taille : cm ? votre poids : kg ?
- 2 Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ? Oui Non
- 3 Avez-vous suivi, suivez-vous ou devez-vous suivre un traitement pendant plus de 3 semaines ? Oui Non
- 4 Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ? Oui Non
- 5 Etes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été pendant plus de 3 semaines au cours des cinq dernières années ? Oui Non
- 6 Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une demande de pension d'invalidité est-elle en cours ? Oui Non
- 7 Pratiquez-vous un sport ? Oui Non
- 8 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat é été positif ? Oui Non
Précisez test(s), résultat(s) et date(s) :
- 9 Avez-vous fait l'objet d'une exclusion, d'une surprime, d'un ajournement ou d'un refus pour un précédent contrat d'assurance de personnes ? Oui Non
Etes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ou avez-vous par ailleurs des propositions en cours ? Oui Non

Pour toutes réponses positives, apporter ci-après les précisions complémentaires (nature de l'affection, traitement, évolution, motif,...) :

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

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; 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 des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

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 la Direction de la Communication de votre société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

A, le 20 ..

Signature de la personne à assurer

QUESTIONNAIRE MEDICAL

M. Mme Mlle **NOM et PRENOM** : Nom de j. fille :

Date et lieu de naissance : Profession :

Adresse :

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.
Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter les précisions complémentaires.**

1	Veuillez indiquer votre taille : cm ?			votre poids : kg ?
2	Y a-t-il dans votre famille un antécédent de maladie cardiaque, vasculaire, neurologique, psychiatrique, de cancer ou de diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
3	Suivez-vous actuellement un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s) quel(s) - Depuis quand et pourquoi ?
4	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
5	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif) ? Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quantités journalières :
6	Avez-vous été victime d'accident (d'automobile ou autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez dates, séquelles,...
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ? Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - taux d'invalidité (préciser à titre civil ou militaire).
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévisible ? Quand - durée de chaque arrêt - motif ?

	AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES	OUI	NON	Dates - durées - motifs - résultats ?
9	. Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie,... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test(s), résultat(s) et date(s) :
	. Avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand - pour quel(s) motif(s) ?
	Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Pour les femmes Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués : Grossesse en cours : Utilisez-vous une contraception orale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : (dates)
12	Etes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ou avez-vous par ailleurs des propositions en cours ? 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date - Compagnie garanties - montants :
13	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens (hors lignes commerciales régulières) ? Utilisez-vous un cycle à moteur ? Si oui, est-ce en tant que moyen de transport uniquement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type d'engin : Cylindrée : Kilométrage annuel moyen
	Pratiquez-vous des sports ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?		Compétition ? OUI NON
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; 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 des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

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 la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

A le 20 ..

Signature de la personne à assurer

RAPPORT MEDICAL

M. Mme Mlle **NOM et PRENOM** :Nom de j. fille :

Date et lieu de naissance : Profession :

Adresse :

EXAMEN MEDICAL effectué le : **par le Docteur** :

		OUI	NON	COMMENTAIRES
1	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? Si oui, quand et pour quel(s) motif(s) ? Si non, la connaissez-vous pour d'autres raisons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
2	La personne à assurer est-elle actuellement sous contrôle ou en traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel - Depuis quand - Motif :
3	ASPECT GENERAL <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Poids : kg Périmètre de taille : cm </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Taille : cm Périmètre de hanche : cm </div>			
3	. Aspect sain, correspondant à l'âge indiqué ? . Type constitutionnel ? . Y a-t-il des malformations ou des mutilations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	COU : Y a-t-il un goitre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	APPAREIL RESPIRATOIRE . Antécédents : . Le mouvement respiratoire est-il limité, asymétrique ? . La percussion montre-t-elle des matités anormales ? . L'auscultation donne-t-elle des résultats anormaux ? . La voix est-elle voilée ?			

	APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE	OUI	NON	COMMENTAIRES
6	. Antécédents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Le cœur est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Les bruits du cœur sont-ils modifiés ? (intensité, dédoublement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique <input type="checkbox"/> Intensité : Diastolique <input type="checkbox"/>
	. Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment se propage-t-il ? Où est situé son maximum ?
	. L'aorte abdominale paraît-elle dilatée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Les pouls des membres inférieurs sont-ils tous perçus et symétriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Entendez-vous un souffle sur les trajets des artères cervicales ou fémorales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tension artérielle : Systolique : Diastolique : Traitée <input type="checkbox"/> Non traitée <input type="checkbox"/> Pouls : Extrasystoles : <i>Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 150/90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après dix minutes de repos allongé.</i> Contrôle éventuel : Systolique Diastolique Pouls				
7	APPAREIL DIGESTIF			
	. La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une hépatomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de travers de doigts : Consistance :
	. Y a-t-il une splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré : Consistance :
	. Y a-t-il une hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature :
	. Y a-t-il des hémorroïdes, une notion d'hématomèse, de melaena, de rectorragies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	. Y a-t-il des indices d'alcoolisme, de tabagisme, d'abus de médicaments, d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9	APPAREIL GENITO-URINAIRE		OUI	NON	COMMENTAIRES
	. Y a-t-il eu dans les antécédents une affection des organes génito-urinaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe masculin :				
	. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ? (testicules, épидидymes, prostate)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une gynécomastie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe féminin :				
	. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une modification anormale des seins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXAMEN DE L'URINE (<i>émise en présence du Médecin examinateur</i>)					
	ASPECT	ALBUMINE	GLUCOSE	PUS	AUTRES ELEMENTS ANORMAUX
10	SYSTEME NERVEUX				
	. Antécédents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Séquelles :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il des réflexes pupillaires, ou ostéotendineux anormaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Existe-t-il des signes de dystonie neurovégétative ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Présence de troubles psychiques ou neurologiques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	PEAU				
	Y a-t-il :				
	. Ictère ou cyanose ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Eruption, ulcération, kyste, tumeur, varices ou oedèmes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Ganglions lymphatiques augmentés de volume ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Cicatrices, tatouages ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Tophus, xanthome ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	SQUELETTE				
	. Y a-t-il une affection des os, des articulations, des disques intervertébraux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

APPAREIL SENSORIEL		OUI	NON	COMMENTAIRES
13	. Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilatérale ?
	. Acuité visuelle : OD OG Avant correction : /10 /10 Après correction : /10 /10			
	. Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	. Existe-t-il une répercussion des occupations professionnelles ou autres sur l'état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONCLUSIONS :				
	. Faites-vous des réserves sur la longévité de la personnes à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Estimez-vous qu'il existe des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'état de santé de la personne à assurer peut-il être considéré comme :		BON		MEDIocre
		DEFAVORABLE		
15	REMARQUES SPECIALES ET SUGGESTIONS DU MEDECIN			
Signature du proposant		Je soussigné certifie que la signature du proposant placée ci-contre, a été apposée après vérification de son identité.		
		A, le 20..		
		(signature et cachet du Médecin examinateur)		