

PRÊT LONG TERME

Montant du capital assuré / AGE	Jusqu'à 130 000 €	De 130 001 € à 200 000 €	De 200 001 € à 500 000 €	A partir de 500 001 €
Moins de 45 ans	QS	QS	ME2	ME3
45 et plus	QS	ME1	ME3	ME4

PRET RELAIS

Montant du capital assuré / AGE	Jusqu'à 200 000 €	De 200 001 € à 500 000 €	A partir de 500 001 €
Moins de 45 ans	QS	ME2	ME3
45 et plus	QS	ME3	ME4

QS

Questionnaire de santé à compléter par l'assuré

ME1

Questionnaire de santé à compléter par l'assuré + Rapport Médical envoyé par le Médecin Conseil de CSF Assurances

ME2

Questionnaire médical à compléter par l'assuré + Rapport Médical envoyé par le Médecin Conseil de CSF Assurances

Analyses biologiques :

- Sang : Numération Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Glycémie, Urée, Acide Urique, Créatinine
- Cholestérol Total et HDL, Triglycérides, Gamma GT et Transaminases
- Urines : Sucre et albumine
Sérologie HIV 1 et 2

ME3

Questionnaire médical à compléter par l'assuré + Rapport Médical envoyé par le Médecin Conseil de CSF Assurances

Analyses biologiques :

- Sang : Numération Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Glycémie, Urée, Acide Urique, Créatinine
- Cholestérol Total et HDL, Triglycérides, Gamma GT et Transaminases
- Urines : Sucre et albumine
- Marqueurs de l'Hépatite B et C
- Sérologie HIV 1 et 2

Examen cardiologique: Rapport Médical Cardiologique
Radiographie du thorax avec compte rendu à partir de 55 ans

ME4

Questionnaire médical à compléter par l'assuré + Rapport Médical envoyé par le Médecin Conseil de CSF Assurances

Analyses biologiques :

- Sang : Numération Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Glycémie, Urée, Acide Urique, Créatinine
- Cholestérol Total et HDL, Triglycérides, Gamma GT et Transaminases
- Urines : Sucre et albumine
- Marqueurs de l'Hépatite B et C
- Sérologie HIV 1 et 2

Examen cardiologique: Rapport Médical Cardiologique
Épreuve d'effort avec compte rendu et échocardiographie avec compte rendu
Radiographie du thorax avec compte rendu
PSA : pour les hommes à partir de 56 ans
Compte rendu d'une mammographie bilatérale datant de moins d'un an pour les femmes à partir de 46 ans



CSF ASSURANCES
9, rue du Faubourg Poissonnière
75313 Paris Cedex 09
SARL de courtage d'assurances
au capital de 450.000 Euros
RCS Paris B 322 950 148
Garantie financière et assurance
de responsabilité civile conformes
aux articles L. 512-6 et L. 512-7
du Code des assurances
N° ORIAS : 07 008 834

N° adhérent :

N° de projet :

SwissLife Assurance et
Patrimoine
Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08
SA au capital de
169.036.086,38 €
Entreprise régie par le
Code des assurances
341.785.632 RCS Paris
www.swisslife.fr



Questionnaire de santé à compléter par la personne à assurer - Contrat n° V. 9764 0013

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre (sous pli confidentiel) au Médecin Conseil du service médical de CSF Assurances. **Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CSF Assurances - Service médical - 9, rue du Faubourg Poissonnière 75313 Paris Cedex 09.** Pour chaque question, veuillez cocher les cases correspondant à votre situation et compléter les rubriques correspondantes. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document en relation avec les déclarations effectuées.

Identité de la personne à assurer : Nom et Prénom.....
Nom de jeune fille Date de naissance Profession.....
● Taille : _____ cm (T) ● Poids : _____ kg (P) ● (T)-(P) est-il inférieur à 80 ou supérieur à 120 ? NON OUI

Non / Oui : cochez la case correspondante et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

- Etes-vous sous contrôle ou en traitement médical? NON OUI Motif?
Depuis quelle date?.....
- Etes-vous en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé? NON OUI Motif?
Depuis quelle date?.....
Date de reprise envisagée.....
- Avez-vous été atteint(e) d'une maladie cardiaque, respiratoire, rénale, digestive, des os, des articulations, ou de dépression nerveuse, d'hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tumeur, cancer, maladie chronique? NON OUI
La ou lesquels?.....
A quelle(s) date(s)?
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales à l'exception des opérations suivantes : amygdales, appendicite, végétations, césarienne, hernie inguinale? NON OUI
La ou lesquelles?.....
A quelle(s) date(s)?
- Devez-vous subir des examens médicaux ou une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois? NON OUI
Pour quel(s) motif(s)?.....
A quelle(s) date(s)?
- Avez-vous été victime d'accident(s)? NON OUI A quelle(s) date(s)?
- Siège et nature des blessures.....
Séquelles?
- Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit :
● Un arrêt de travail d'une durée continue supérieure à 1 mois? NON OUI Motif?.....
Date de début : Date de fin :
● Un traitement médical d'une durée continue supérieure à 1 mois? NON OUI Nature.....
Date de début : Date de fin :
- Etes-vous :
● Titulaire d'une pension d'Invalidité ou d'une rente d'accident? NON OUI Motif?
Depuis quelle date? Taux.....
● Atteint(e) d'une infirmité? NON OUI Laquelle?
- 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)? NON OUI
Le ou lesquels?.....
Date(s)?

Signature de la personne à assurer

Mes déclarations serviront de base à mon adhésion au contrat d'assurance collective n° V. 9764 0013. **Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion en application de l'article L. 113.8 du Code des assurances.**
La durée de validité des présentes déclarations est de 90 jours.

Date : _____

Rapport du Médecin examinateur

M. le Docteur

Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms

Nom de jeune fille

Profession actuelle Antérieure

Date de naissance Lieu de naissance

Domicile

Examen médical : Date Heure

Êtes-vous le médecin traitant de l'intéressé ?

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le Médecin examinateur

Non / Oui : Rayez la mention inutile et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

1. - MODE DE VIE

• Sports pratiqués régulièrement NON OUI → Lesquels ?

• Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI → Quantité par jour :

• Fumez-vous ? NON OUI → Quantité par jour :

• Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI → Lesquels ?
Jusqu'à quand ?

2. - ANTÉCÉDENTS

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'un des troubles suivants :

Si réponses positives, précisez :
nature exacte, dates, traitements, évolution

• une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible ? NON OUI →

• une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ? NON OUI →

• une maladie du sang ? NON OUI →

• une affection psychiatrique NON OUI →

• une maladie du système nerveux ou des muscles ? .. NON OUI →

• une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI →

• une maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? NON OUI →

• une maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI →

• une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ? NON OUI →

• une maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI →

• une maladie de la peau ? NON OUI →

• une maladie des os ou des articulations ? NON OUI →

• une autre maladie ou infirmité ? NON OUI →

Visa du déclarant :

Visa du Médecin examinateur :

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI → Nature exacte - Date :

Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI → Nature exacte - Date :

Avez-vous été accidenté ? NON OUI → Siège et nature des blessures :

Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI → Date - Motif - Durée :

Vous a-t-on fait pratiquer au cours des 5 dernières années l'examen suivant :

Date et résultats :

- un électrocardiogramme ? NON OUI →
- un électroencéphalogramme ? NON OUI →
- des radiographies, scanner, IRM, scintigraphie ? NON OUI →
- des examens sanguins ? NON OUI →
- un test de dépistage des hépatites B et C ? NON OUI →
- un test de dépistage du HIV ? NON OUI →

3. - ACTUELLEMENT

Êtes-vous sous surveillance médicale ? NON OUI → Pourquoi ?

Suivez-vous un traitement médical ou un régime ? NON OUI → Lequel ?

Devez-vous prochainement :

- être hospitalisé ? NON OUI → Quand ? Pourquoi ?
- subir une intervention chirurgicale ? NON OUI →
- subir des examens médicaux ? NON OUI →

Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ? NON OUI → Totale Partielle Depuis :
Motif :

Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? NON OUI → Motif :
Taux : Depuis quand ?

Pour les personnes de sexe féminin :

• Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI → De combien de mois ?
Complications éventuelles :

• Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI → Combien ?
Complications éventuelles :

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? NON OUI →

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?

Date et signature du déclarant :

Visa du Médecin examinateur :

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Assurance et Patrimoine. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, auprès du Médecin conseil du service médical du Crédit Social des Fonctionnaires, 9, rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de votre dossier, dans le strict respect du secret médical, par CSF et par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non-examen de votre dossier.

Rapport du Médecin examinateur

IMPORTANT : l'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : Prénom : Date de naissance :

EXAMEN CLINIQUE DE LA PERSONNE À ASSURER

Le médecin est prié de répondre à TOUTES les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

1. Constitution / Généralités

- Taille
- Poids
- Périmètre abdominal
- Constatez-vous la présence de malformations ? NON OUI → Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Diastolique
- Fréquence cardiaque (*) /Minute
- Constatez-vous la présence :
 - ▶ d'une arythmie ? NON OUI → Caractéristiques :
 - ▶ d'un souffle ? NON OUI →
 - Siège : Cœur Vaisseaux
 - Caractéristiques : Systolique Diastolique
 - Organique Fonctionnel
 - Intensité :
 - ▶ d'une abolition des pouls périphériques ? NON OUI → Siège :
 - ▶ de varices ? NON OUI → Siège et tolérance :

3. Examen pulmonaire

Résultat de l'auscultation et de la percussion

4. Examen de l'appareil digestif

Constatez-vous à la palpation de l'abdomen, la présence :

- ▶ d'une hépatomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
- ▶ d'une splénomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
- ▶ d'une hernie ? NON OUI → Siège et importance :

5. Examen ORL

Constatez-vous la présence d'une affection :

- ▶ auditive ? NON OUI → Laquelle ?
- ▶ de la langue, du pharynx, des amygdales ? NON OUI →
- ▶ de la thyroïde ? NON OUI →

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? NON OUI → Laquelle ?

Acuité visuelle : Avant correction : OD /10 OG /10
Après correction : OD /10 OG /10

7. Examen ostéo-articulaire

- Constatez-vous la présence d'une pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne ? NON OUI → Laquelle ?
- La mobilité du rachis est-elle réduite ? NON OUI →
(flexion, extension, latéralité)
- Distance main - sol
- Signe de Lasègue ? NON OUI →
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? NON OUI → Siège
- Des examens radiographiques ont-ils été pratiqués ? NON OUI → Lesquels, dates et résultats :

8. Appareil urogénital

Pour les femmes :

- Date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal
- Date et résultat de la dernière mammographie
- Résultat de l'examen des seins

Pour les hommes :

- Existe-t-il des indices d'une affection des organes génitaux NON OUI → Lesquels ?
et / ou urinaires ?

9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

- La présence d'une anomalie des réflexes ostéo-tendineux NON OUI → Lesquelles ?
ou pupillaires, de la sensibilité profonde ou superficielle ?
- La présence d'un signe de Babinski, NON OUI → Lesquels ?
d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges
ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ?
- La présence d'une spasmophilie ou d'une tétanie ? NON OUI
- La présence de troubles du comportement NON OUI → Lesquels ?
(anxiété, syndrome dépressif) ?

10. Examen dermatologique

Constatez-vous la présence d'un état pathologique ? NON OUI → Caractéristiques :

11. Examen des aires ganglionnaires

Constatez-vous la présence d'adénopathies ? NON OUI → Siège et caractéristiques :

12. Remarques et conclusion

À la suite de l'examen que vous venez de pratiquer :

- Des investigations complémentaires sont-elles souhaitables ? Si oui, lesquelles ?
- Un traitement médical est-il souhaitable ?
Si oui, nature ?
- Existe-t-il des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ?
- Estimez-vous que le processus vital soit altéré ?
- L'état de la personne à assurer peut-il être considéré comme : BON ? MÉDIOCRE ? DÉFAVORABLE ?

(*) Si lors de la première prise, la pression artérielle contrôlée en position assise dépasse 15-9 ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 90/minute, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :

Résultats : T.A. / mm Hg
Pouls

Remarques spéciales du Médecin :

Cachet du Médecin :

A le
Signature du Médecin examinateur

Le présent rapport, soumis au secret médical, doit être adressé sous pli fermé, directement ou par l'intermédiaire de la personne à assurer, au Médecin Conseil du CSF - 9, rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Assurance et Patrimoine. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, auprès du Médecin conseil du service médical du Crédit Social des Fonctionnaires, 9, rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.
Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de votre dossier, dans le strict respect du secret médical, par CSF et par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non-examen de votre dossier.