

# Vos formalités médicales contractuelles

CONTRAT N° 4566



## Contrat PREMIUM EMPRUNTEUR II

### 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 € <sup>(1)</sup>	QS + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque dans ses différentes applications + Résultat d'un dosage de cotinine urinaire pour les non-fumeurs

	Capital à assurer	Formalités Médicales
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 € <sup>(1)</sup>	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 Echographie 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 :

**MULTI-IMPACT**  
Médecin Conseil  
**PREMIUM EMPRUNTEUR II**  
BP 283 – 51687 REIMS Cedex 2  
Fax : 03.26.47.04.71  
E-mail : [medical@multi-impact.com](mailto:medical@multi-impact.com)

## 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** (Centre International de Visites et Expertises Médicales) : est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous et en un seul lieu, dans ses centres sur Paris Ile de France et en Région – **08 10 12 12 12** – <http://www.civem.fr/>
- **ARM (Analyse Risque Médical)** : est présent pour réaliser les bilans médicaux dans 185 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 spéciale non-fumeur



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné, **déclare** 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 **m'engage** à informer l'assureur si je commence ou recommence 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 soussigné **déclare** être informé que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'adhésion au contrat n° 4566 souscrit auprès de AXA France 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 de mon dossier.

**Je soussigné certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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, dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de MULTI-IMPACT, MÉDECIN CONSEIL, PREMIUM EMPRUNTEUR II, 1, rue René Francart, BP 283 – 51687 REIMS Cedex 2.

Fait à : ..... Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de la 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 MULTI-IMPACT, préalablement à la prise d'effet des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.

# Déclaration d'état de santé



## NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR LA NECESSITÉ 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 des contrats 4562 et 1229 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.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution  Assuré

### Je soussigné(e) déclare :

1. 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,
2. 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,
3. Ne pas être actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou ne pas prendre des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs),
4. Que la différence entre ma taille (hauteur exprimée en cm) et mon poids (exprimé en kg) est comprise entre 80 et 120,
5. 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,
6. 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),
7. 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,
8. 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,
9. Ne pas être titulaire d'une pension pour maladie ou accident, ou d'une rente accident de travail supérieure à 15 %,
10. 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,
11. Ne pas résider ou être expatrié(e) en dehors de l'Union Européenne,
12. Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès dont l'encours assuré au titre du présent contrat et des contrats 4562 et 1229 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 d'AXA France 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 II – 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.

# Questionnaire de santé

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A 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 "MULTI-IMPACT - A l'attention du Médecin conseil du Service Gestion Premium Emprunteur II - 1, rue René Francart, BP 283 - 51687 REIMS Cedex 2" 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 - Cette différence 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 - Etes vous actuellement en arrêt de travail <b>total ou partiel</b> pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
3 - Etes-vous soumis(e) actuellement à un traitement médical, des soins, une surveillance médicale ? ( <b>précisez les noms et doses des médicaments</b> )	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Pour quels motifs ? ..... Lesquels ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
4 - Etes-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 - Etes-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 - Etes-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 ? ..... A 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) et VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	La ou lesquelles ? ..... A 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"/> NON	Pour quels motifs ? A 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 ? ..... A quelle(s) date(s) ? ..... 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"/> NON	Pour quels motifs ? A quelle date ? ..... ..... ..... .....
12 - Etes-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 Etats-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° 4566 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 :

MULTI-IMPACT

PREMIUM EMPRUNTEUR II - 1, rue René Francart, BP 283 - 51687 REIMS Cedex 2

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée des mots « Lu et approuvé », écrits de la main de la personne à assurer.

# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

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.) : \_\_\_\_\_

# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

## 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 :

(<sup>1</sup>)Cochez la ou les cases correspondantes

### - APPAREIL RESPIRATOIRE(<sup>1</sup>)

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

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

Evolution état actuel :

### - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE(<sup>1</sup>)

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

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

Evolution état actuel :

### - SYSTEME NERVEUX(<sup>1</sup>)

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(<sup>1</sup>)

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

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

Evolution état actuel :

# RAPPORT MEDICAL



Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

**- ENDOCRINOLOGIE<sup>(1)</sup>**

Goitre,  diabète,  troubles hypophysaires

**- MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS<sup>(1)</sup>**

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<sup>(1)</sup>**

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<sup>(1)</sup>**

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

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- ORGANES GENITAUX-URINAIRES<sup>(1)</sup>**

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<sup>(1)</sup>**

Anémie,  leucémie,  trouble de la coagulation,  hémorragies diverses

autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Date et nature : \_\_\_\_\_ Traitement(s) et dose(s) : \_\_\_\_\_

Evolution état actuel : \_\_\_\_\_

**- DIVERS<sup>(1)</sup>**

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

# RAPPORT MEDICAL

Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

## 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<sup>(1)</sup>

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<sup>(1)</sup>

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

Examen de l'appareil circulatoire :

Auscultation, rythme, pouls, pouls périphérique :

Tension artérielle : maxima  minima  heure :

### SYSTEME NERVEUX<sup>(1)</sup>

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<sup>(1)</sup>

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<sup>(1)</sup>

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

Rate percussion et palpation

# RAPPORT MEDICAL



Ce document sera fourni par les réseaux prestataires. Il n'est à remettre à la personne à assurer seulement s'il décide de consulter un praticien de son choix.

## ENDOCRINOLOGIE<sup>(1)</sup>

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<sup>(1)</sup>

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 et cachet du médecin examinateur

Signature du proposant

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 :

**MULTI-IMPACT / MEDECIN CONSEIL**  
**PREMIUM EMPRUNTEUR II**  
 BP 283 - 51687 REIMS Cedex 2  
 Fax sécurisé : 03.26.47.04.71

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.

# La Convention AERAS

## (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les Pouvoirs Publics, a pris effet en Janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

### 1 – Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité.

Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé ou votre handicap ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

### 2 – Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AERAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur le site officiel [www.aeras-info.com](http://www.aeras-info.com). A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS.

Vous pouvez également obtenir des informations sur le site de votre établissement bancaire ou contacter votre agence qui vous communiquera les coordonnées du référent AERAS de votre établissement bancaire.

### 3 – Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS rappelle l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé. Par souci de confidentialité, votre conseiller de votre établissement bancaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée.

### 4 – Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de base, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2ème niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire.

Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3ème niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes :

- montant maximum : 300 000 €
- votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

*A défaut d'accord de l'assurance au 3ème niveau : voir question 8*

### 5 – Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS) :

- revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1 à 2
- revenu – revenu < 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus.

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,5 points dans le taux effectif global de votre emprunt.

### 6 – Suis-je obligé d'accepter le contrat d'assurance groupe proposé par mon établissement bancaire ?

Si le contrat d'assurance groupe de votre établissement bancaire ne vous apporte pas une réponse satisfaisante, vous pouvez en proposer un autre. Les banques se sont engagées à accepter un contrat individuel d'assurance décès et invalidité que vous pourriez souscrire directement auprès d'un assureur, dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Les conditions d'emprunt du crédit seront les mêmes quelle que soit la solution d'assurance retenue.

## **7 – Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?**

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance.

Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

### **Bon à savoir**

*Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change.*

## **8 – Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?**

Sans assurance emprunteur possible pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), votre établissement bancaire va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous, à la place de l'assurance, de trouver une garantie alternative ou complémentaire. Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer.

Dans tous les cas, c'est votre établissement bancaire qui appréciera la valeur de cette garantie alternative.

## **9 – Que faire en cas de litige ?**

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

**Commission de médiation de la convention AERAS**  
**61, rue Taitbout**  
**75009 PARIS**