



**FORMALITES CONTRACTUELLES**  
**ASSUREUR Allianz**

**Version 28.01.2011**

**Champs d'application: MAGNOLIA**

**Date d'effet : 01.02.2011**

Age de la personne à assurer (1)	Montant des Capitaux (2)	Formalités d'admission (3)
<b>&lt; 45 ans</b>	<b>≤ 300 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 300 000 € à ≤ 500 000 €</b>	QS + RM + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>&gt; 500 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV+ Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières
<b>≥ 45 ans &lt; 55 ans</b>	<b>≤ 200 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 200 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV+ Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières
<b>≥ 55 ans</b>	<b>≤ 100 000 €</b>	QS
	<b>&gt; 100 000 € à &lt; 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Examen 1 + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
	<b>≥ 1 600 000 €</b>	QS + RM + RMCV + Echographie cardiaque + Examen 2 + Examen d'urine + PSA (hommes) + Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières

(1) calcul de l'âge : âge exact

(2)Capitaux : capitaux à assurer par opération de financement (hors encours)

(3)Définitions :

- **QS** : Questionnaire de santé
- **RM** : rapport médical (5 pages COM09286)
- **RMCV** : rapport médical cardio-vasculaire (3 pages COM13143) complété par un cardiologue comprenant un ECG (12 dérivations) avec compte rendu
- **Echographie cardiaque** avec compte rendu
- **Examen 1** : Numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT, test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC), test de dépistage VIH 1 et 2, triglycérides, créatinine, Gamma GT
- **Examen 2** : Numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT, test de dépistage hépatite B (recherche de l'antigène HBs), test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC), test de dépistage VIH 1 et 2, triglycérides, créatinine, Gamma GT
- **PSA** : Prostatic Spécific Antigen pour les hommes
- **Examen d'urine** : sucre, albumine, hématies, leucocytes
- Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs
- Questionnaire financier et activités « emprunteur » DEE595 V09/09 imp 09/09

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé sous pli confidentiel à PRESTAVIE à l'attention du Médecin Conseil – BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1. **Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive et/ou si vous y joignez d'éventuelles pièces médicales.**

Vous pouvez préférer opter, pour des raisons personnelles ou en cas d'urgence, pour une transmission de votre questionnaire et de vos pièces médicales **en faxant vous-même** au Médecin Conseil, au numéro du Service Médical 0825 560 062. 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, ...). 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 pour cette demande.**

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'adhésion à l'assurance. Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de votre main et **vous devez prendre seul(e) connaissance des questions et y répondre seul(e)**, soit sur place, soit à votre domicile. Toutefois à votre demande, vous pouvez être assisté par votre interlocuteur pour remplir le questionnaire ; en ce cas, avant de vous assister votre conseil bancaire **vous rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite** annexé à la convention AERAS.

**Veillez compléter :**  
 Consommation journalière de tabac ..... paquet(s) Consommation journalière d'alcool ..... verre(s)

Questions	Cochez		Si vous cochez OUI, merci de donner les précisions demandées
	NON	OUI	
Précisez votre taille : ..... cm    Votre poids : ..... kg	↓	↓	
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
2 - Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical ou à des soins ou à une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? ..... Depuis quelle date ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
3 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
4 - Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Depuis quelle date ? ..... De quelle nature ? ..... Taux ou catégorie ? .....
5 - Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... A quel titre ? .....
6 - Etes-vous pris en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) par votre régime obligatoire (Sécurité Sociale ou régime assimilé) en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail, total ou partiel, plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
8 - Quelle que soit la date de l'événement : Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou de l'hépatite B (VHB), ou de l'hépatite C (VHC), dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
9 - A cours des 10 dernières années : <b>a. avez-vous présenté une ou plusieurs des maladies ou affections suivantes :</b> - rhumatismales, ostéoarticulaires dont atteintes discales, vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques - cancer, leucémie ou autre maladie du sang - maladies neurologiques ou psychiatriques y compris dépression, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques <b>b. avez-vous :</b> - subi des radiographies, des électrocardiogrammes, un scanner, une IRM, des examens de laboratoires ayant mis en évidence une anomalie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires).....</i>  Laquelle ou lesquelles ? ..... A quelle date ? .....
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé y compris en ambulatoire pour un motif autre que : maternité, appendicectomie, ablation des amygdales, et ou végétations, ablation de la vésicule biliaire, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée(s) ? .....
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir des examens de laboratoire, des radiographies, un scanner, une IRM ? - être hospitalisé(e) ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
12 - Avez-vous : - suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - subi des transfusions de sang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....

**Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. Je reconnais que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec Allianz.**  
**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.**

**Informatique et libertés – Traitement des données personnelles :** Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à: PRESTAVIE – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1. La signature du présent questionnaire de santé vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au Médecin Conseil intervenant chez le délégataire – PRESTAVIE – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1.

Mlle     Mme     M    Nom ..... Prénom .....

Fait à ..... le ..... Signature de la personne à assurer