

Âge	< 50 ans	≥ 51 ans à ≤ 64 ans	≥ 65 ans jusqu'à 85 ans
Capital assuré (dont encours)			
Jusqu'à 250 000 €	QSI	QS	QS + Bio
De 250 001 € à 400 000 €		QS + RM + Bio + TCU + PSA	QS + RM + Bio + RMCV + TCU + PSA
De 400 001 € à 1 000 000 €	QS + Bio + RM + TCU		
De 1 000 001 € à 1 700 000 €	QS + RM + Bio + RMCV + TCU + PSA		
De 1 700 001 € à 2 200 000 €	QS + RM + Bio + RMCV + TCU + PSA + QFC		
De 2 200 001 € à 10 000 000 €	QS + RM + Bio + RMCV + TCU + PSA + QFC + QFS + Echo		

Seules sont à considérer les rubriques précédées d'une croix

QUESTIONNAIRES MÉDICAUX			FORMALITÉS FINANCIÈRES		
	Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
Questionnaire Simplifié (Réf. QSI Paréo-V6.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QFC : Questionnaire Financier Complémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questionnaire de Santé (Réf. QS Paréo-V6.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QFS : Questionnaire Financier Spécifique et Annexe A-Emprunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport Médical (Réf. RM Paréo-V6.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

FORMALITÉS MÉDICALES

Si vous avez déjà établi des examens identiques (analyses ...), il y a moins de 6 mois, vous pouvez nous les communiquer.

	Assuré 1	Assuré 2
BIO : NFS, VS, plaquettes, acide urique, glycémie, créatinine, transaminases SGOT et SGPT, Gamma GT, cholestérol total et HDL, triglycérides, sérologie des anticorps HIV 1 et 2, sérologie des anticorps HCV, dosage de l'antigène HBs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le prélèvement devra être pratiqué à jeun.		
Le laboratoire voudra bien signaler s'il s'est assuré de l'identité du proposant.		
RMCV : rapport médical cardiovasculaire réalisé par un cardiologue, accompagné d'un tracé ECG réalisé et interprété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECHO : résultat d'une échographie cardiaque interprétée par le cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TCU : test de cotinine urinaire pour les personnes se déclarant non-fumeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA : Antigène Prostatique Spécifique pour les hommes dès 55 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OÙ FAIRE MES EXAMENS ?

Pour effectuer rapidement vos analyses médicales, Alptis Assurances vous propose des centres de bilans partenaires présents dans la France entière : Rendez-vous sous 48 h • Pas d'avance de frais • L'ensemble des examens est effectué sur un site unique

ARM (Analyse du Risque Médical) - Prise de rendez-vous : **09 70 72 72 72** (prix d'un appel) - <http://www.armfrance.com/prendre-rdv>

BSV (Bilan Santé Vitton) - Prise de rendez-vous : **N° Azur 0 810 000 241** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) - <http://www.bilan-sante.fr>

ABCOS Santé - Prise de rendez-vous : **N° Vert 0 810 12 12 12** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) ou **01 42 27 10 00**

CBSA - Prise de rendez-vous : **N° Azur 0 810 332 932** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) - <http://www.cbsa.fr/bilan-de-sante/>

COMMENT ME FAIRE REMBOURSER MES FRAIS MÉDICAUX ?

Les formalités médicales vous seront remboursées si :

- vous validez votre adhésion
- si votre dossier a été refusé par l'organisme assureur
- si vous refusez la proposition en cas de surprime ou d'exclusion de certaines pathologies

Dans les autres cas les frais resteront à votre charge. Nous n'intervenons pas sur des examens pratiqués à votre initiative. Pour vous faire rembourser envoyez-nous la/les facture(s) originale(s) acquittée(s) des frais médicaux.

COMBIEN DE TEMPS SONT VALABLES MES QUESTIONNAIRES ?

Les questionnaires sont valables 6 mois à compter de leur date de signature.

Si vous avez déjà subi à l'**identique** ces examens auprès d'un autre organisme assureur il y a moins de 6 mois, vous pouvez nous les transmettre.



Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Quatrem

Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme au capital de 380 426 249 euros - 21, rue Laffitte - 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 724



Questionnaire Simplifié

DOCUMENT D'INFORMATION AERAS _____	2-6
QUESTIONNAIRE SIMPLIFIÉ _____	7-8

Paréo®
EMPRUNTEURS V6

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) À DESTINATION DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE RELATIF AU REMBOURSEMENT D'UN EMPRUNT

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies:

- D'une part, par la mise en place d'un "droit à l'oubli" permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur.
- D'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
 - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

1• L'ACCÈS À L'ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS DES CONDITIONS STANDARD

1•1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le "droit à l'oubli"

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

Vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans

- si la date de fin du *protocole thérapeutique* ⁽¹⁾ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute* ⁽²⁾ de votre maladie.

→ **Vos droits** : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans

- si la date de fin du *protocole thérapeutique* ⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute* ⁽²⁾ de votre maladie.

→ **Vos droits** : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1•1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 1•1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

1•2 L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence

a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

- Nature du prêt : votre demande d'assurance concerne des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Montant assuré :
 - si votre demande d'assurance porte sur un financement immobilier en lien avec votre résidence principale, la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - si votre demande porte sur un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale, la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie ;
- Age à l'échéance du contrat d'assurance : votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) À DESTINATION DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE RELATIF AU REMBOURSEMENT D'UN EMPRUNT

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

→ **Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au a).

2• L'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS DES CONDITIONS SE RAPPROCHANT DES CONDITIONS STANDARD POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE PATHOLOGIES FIXÉES PAR LA GRILLE DE RÉFÉRENCE, SOUS RÉSERVE DE LA DÉCLARATION DES ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au 1•2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du 1•2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, **vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.**

→ **Vos droits** : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.

3• ÉVOLUTION DU CONTENU DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE

La grille de référence mentionnée au 1•2 et au 2•) a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au 1•1.

LEXIQUE

⁽¹⁾ **Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique"** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

⁽²⁾ **Ce que l'on entend par "rechute"** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

GRILLE DE RÉFÉRENCE : **CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS** **LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS**

Mise à jour en date du 30 mars 2017

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du "droit à l'oubli", la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

Cette grille est proposée par un groupe de travail paritaire (médecins d'assurance, représentants d'associations, agences de l'Etat travaillant dans les différents domaines abordés), elle résulte de l'examen des données scientifiques les plus récentes, présentant le meilleur niveau de preuve disponible. Elle est ensuite soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Cette grille a vocation à évoluer dans le temps au fur et à mesure des travaux du groupe, et de la publication de données scientifiques conduisant à la prise en compte des innovations thérapeutiques.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif :

- Votre demande d'assurance doit concerner des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

La grille de référence se divise comme suit :

- La partie I du tableau (en trois colonnes) concerne les personnes ayant souffert de pathologies, déclarées à l'assureur mais qui n'entraîneront ni surprime ni exclusion de garanties, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille en termes de stade d'évolution au temps du diagnostic, de conduite du traitement, et après une durée d'observation sans rechute, précisée dans la colonne "Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique ⁽¹⁾ et sans rechute" ⁽²⁾.
- La partie II (en quatre colonnes) traite des situations de personnes souffrant d'une pathologie déclarée à l'assureur, et définie de façon précise par des critères biologiques, des conditions de diagnostic, de traitement et de suivi, pour lesquelles une assurance sera proposée avec un taux de surprime maximum du fait de cette pathologie. Pour ces situations, des limitations de garantie pourront également s'appliquer. Une assurance sera proposée dans ces conditions après une période de traitement et de suivi de durée déterminée par la grille. Les conditions d'assurabilité figurent dans la colonne "Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur".

Il vous est recommandé de vérifier que vous pouvez bénéficier des conditions d'accès à l'assurance telles que définies par la grille de référence :

- auprès de votre médecin, afin de valider si votre pathologie passée ou présente répond bien aux critères précis énumérés dans la grille,
- auprès de votre assureur, pour les critères d'applicabilité de la grille.

⁽¹⁾ **Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique"** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

⁽²⁾ **Ce que l'on entend par "rechute"** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

GRILLE DE RÉFÉRENCE :
CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS
LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS

Mise à jour en date du 30 mars 2017

PARTIE I

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise (stade et type de traitements)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
	Séminomes purs, stade II	6 ans
	Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II	6 ans
Cancers du sein	Carcinome canalaire <i>in situ</i> Carcinome lobulaire <i>in situ</i> Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome <i>in situ</i> ou de niveau I de Clark <ul style="list-style-type: none"> Exérèse complète Absence de syndrome des nævi dysplasiques 	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade pTis (stade 0) : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic 	1 an
	Stade I : pT1N0M0 : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic Type histologique : adénocarcinome 	4 ans
	Stade I : pT2N0M0 : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic Type histologique : adénocarcinome 	8 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	6 ans
Lymphomes hodgkiniens	Lymphomes hodgkiniens classés stade 1A après une période de suivi post-thérapeutique	6 ans
	Lymphomes hodgkiniens classés stades 1B et 2A après une période de suivi post-thérapeutique	8 ans
Hépatite virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique <ul style="list-style-type: none"> Réponse virale soutenue quel que soit le traitement Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose	48 semaines

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des délais mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

GRILLE DE RÉFÉRENCE : CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS

Mise à jour en date du 30 mars 2017

PARTIE II

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • CD4 \geq 350/mm³ sur tout l'historique ; • CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable à 12 mois après le début des traitements, sans rechute pendant 2 ans ; • absence de stade SIDA ; • absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; • absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; • absence de maladie coronarienne et d'AVC ; • absence d'usage de substances illicites (liste des stupéfiants fixée par Arrêté du 22/02/1990) ; • absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; • absence de tabagisme actif ; • traitement débuté après janvier 2005. <p>Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; • dosage de la cotinine urinaire négatif. <p>Marqueurs viraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 48 semaines. 	2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Décès et PTIA : surprime plafonnée à 100 % • GIS : surprime plafonnée à 100 % • Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur : plafonnée à 27 ans

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

Nom (M., Mme) _____ Prénom _____

Ce Questionnaire Simplifié doit être complété par la personne à assurer, de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un/plusieurs prêt(s) dont le capital assuré cumulé est inférieur ou égal à 400 000 €.

AERAS (s'Assurer et Emprunter avec des Risques Aggravés de Santé)
Conformément à la Convention AERAS :

- Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du "Droit à l'oubli", nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en tête de ce document (page 2 à 6).
- Les informations que vous nous transmettez sont couvertes par le secret médical.

Vous devez compléter, dater et signer vous-même ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. Il concourt à une juste appréciation du risque par l'assureur. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande, elles serviront de base au contrat.
Vous pouvez le remplir sur place ou à votre domicile.
Quelles que soient les réponses données, vous devez adresser ce Questionnaire Simplifié (QSI) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'Alptis ou par la procédure de (télé) transmission sécurisée.

RÉPONDEZ PAR OUI OU PAR NON

ACTUELLEMENT

Merci de préciser votre taille et votre poids **Taille** _____ **m** **Poids** _____ **kg**

1• Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une invalidité (totale ou partielle) ou de l'allocation adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2• Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (total ou partiel) sur prescription médicale pour raison de santé (hors congés légaux de maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3• Suivez-vous actuellement un traitement et/ou bénéficiez-vous un suivi médical pour :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Hypercholestérolémie ? Si OUI, votre taux de cholestérol est-il :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- inférieur à 2.69 g/l	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- compris entre 2.70 g/l et 2.89 g/l	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- compris entre 2.90 g/l et 3.20 g/l	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- supérieur à 3.20 g/l	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Tension artérielle ? Si OUI, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Autres pathologies que celles citées ci-dessus (hors affections saisonnières et contraception) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PASSÉ MÉDICAL

Conformément à la Convention AERAS et au droit à l'oubli, si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse, vous pouvez ne pas nous la déclarer dans certaines conditions.
Aussi nous vous invitons à consulter les documents d'information en tête de ce questionnaire.

AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

4• Avez-vous séjourné pour des raisons médicales pendant plus de 72 heures consécutives dans un établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (hors grossesse, maternité, amygdales, appendicite, végétations, vésicule biliaire, ou chirurgie dentaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5• Avez-vous souffert d'une pathologie suivante ayant justifié un traitement et/ou un suivi médical de plus de 21 jours consécutifs ? (par exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, infiltration, appareillage, psychothérapie etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• troubles psychiques et/ou psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• lésions ou maladies osseuses, rhumatismales, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, respiratoires, uro-génitales, rénales, digestives ou du foie, neurologiques, de la peau, du sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom (M., Mme) _____ Prénom _____

AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

6• Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme obligatoire de Sécurité sociale, au cours des 10 dernières années ? Oui Non

FUTUR

7• Au cours des 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale ou des examens médicaux ou débiter un traitement médical ? _____ Oui Non
(hors grossesse, amygdales, végétations, ou chirurgie dentaire ou affections saisonnières)

Si vous avez répondu OUI à une/plusieurs question(s) de ce Questionnaire Simplifié, veuillez compléter le Questionnaire de Santé.

Les données communiquées dans le cadre de ce Questionnaire Simplifié sont destinées à Alptis Assurances qui agit en sa qualité de délégataire au nom et pour le compte de l'assureur responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.

En signant ce document, je consens expressément à ce que les données de santé me concernant fassent l'objet d'un traitement par les services de l'assureur, de son délégataire et de son réassureur, ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance ainsi que la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et autres obligations légales.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnll@alptis.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du "Médecin conseil" et transmises par courrier ou selon la procédure de confidentialité.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli, dans le cadre de la Convention AERAS.

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et/ou à des examens médicaux complémentaires. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je reconnais avoir été informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (le défaut de réponse ayant pour conséquence le non-traitement de votre dossier). J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification, sous peine de déchéance. L'adhésion pourra être déclarée nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur (Art L. 113-8 du Code des assurances).

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation des cotisations, les sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (Art L. 113-9 du Code des assurances).

Fait à , le / /

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"



Ce Questionnaire Simplifié est valable 6 mois à compter de la date de signature



Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Quatrem

Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme au capital de 380 426 249 euros - 21, rue Laffitte - 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 724



Questionnaire de Santé

DOCUMENT D'INFORMATION AERAS _____	2-6
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ _____	7-9

Paréo®
EMPRUNTEURS V6

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) À DESTINATION DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE RELATIF AU REMBOURSEMENT D'UN EMPRUNT

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies:

- D'une part, par la mise en place d'un "droit à l'oubli" permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur.
- D'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
 - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

1• L'ACCÈS À L'ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS DES CONDITIONS STANDARD

1•1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le "droit à l'oubli"

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

Vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans

- si la date de fin du *protocole thérapeutique* ⁽¹⁾ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute* ⁽²⁾ de votre maladie.

→ **Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.**

b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans

- si la date de fin du *protocole thérapeutique* ⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute* ⁽²⁾ de votre maladie.

→ **Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.**

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1•1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 1•1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

1•2 L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence

a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

- Nature du prêt : votre demande d'assurance concerne des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Montant assuré :
 - si votre demande d'assurance porte sur un financement immobilier en lien avec votre résidence principale, la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - si votre demande porte sur un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale, la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie ;
- Age à l'échéance du contrat d'assurance : votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) À DESTINATION DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE RELATIF AU REMBOURSEMENT D'UN EMPRUNT

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

→ **Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au a).

2• L'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS DES CONDITIONS SE RAPPROCHANT DES CONDITIONS STANDARD POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE PATHOLOGIES FIXÉES PAR LA GRILLE DE RÉFÉRENCE, SOUS RÉSERVE DE LA DÉCLARATION DES ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au 1•2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du 1•2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, **vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.**

→ **Vos droits** : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.

3• ÉVOLUTION DU CONTENU DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE

La grille de référence mentionnée au 1•2 et au 2•) a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au 1•1.

LEXIQUE

⁽¹⁾ **Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique"** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

⁽²⁾ **Ce que l'on entend par "rechute"** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

GRILLE DE RÉFÉRENCE : **CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS** **LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS**

Mise à jour en date du 30 mars 2017

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du "droit à l'oubli", la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées.

Cette grille est proposée par un groupe de travail paritaire (médecins d'assurance, représentants d'associations, agences de l'Etat travaillant dans les différents domaines abordés), elle résulte de l'examen des données scientifiques les plus récentes, présentant le meilleur niveau de preuve disponible. Elle est ensuite soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Cette grille a vocation à évoluer dans le temps au fur et à mesure des travaux du groupe, et de la publication de données scientifiques conduisant à la prise en compte des innovations thérapeutiques.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif :

- Votre demande d'assurance doit concerner des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

La grille de référence se divise comme suit :

- La partie I du tableau (en trois colonnes) concerne les personnes ayant souffert de pathologies, déclarées à l'assureur mais qui n'entraîneront ni surprime ni exclusion de garanties, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille en termes de stade d'évolution au temps du diagnostic, de conduite du traitement, et après une durée d'observation sans rechute, précisée dans la colonne "Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique ⁽¹⁾ et sans rechute" ⁽²⁾.
- La partie II (en quatre colonnes) traite des situations de personnes souffrant d'une pathologie déclarée à l'assureur, et définie de façon précise par des critères biologiques, des conditions de diagnostic, de traitement et de suivi, pour lesquelles une assurance sera proposée avec un taux de surprime maximum du fait de cette pathologie. Pour ces situations, des limitations de garantie pourront également s'appliquer. Une assurance sera proposée dans ces conditions après une période de traitement et de suivi de durée déterminée par la grille. Les conditions d'assurabilité figurent dans la colonne "Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur".

Il vous est recommandé de vérifier que vous pouvez bénéficier des conditions d'accès à l'assurance telles que définies par la grille de référence :

- **auprès de votre médecin, afin de valider si votre pathologie passée ou présente répond bien aux critères précis énumérés dans la grille,**
- **auprès de votre assureur, pour les critères d'applicabilité de la grille.**

⁽¹⁾ **Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique" :** il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

⁽²⁾ **Ce que l'on entend par "rechute" :** il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

GRILLE DE RÉFÉRENCE : CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS

Mise à jour en date du 30 mars 2017

PARTIE I

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise (stade et type de traitements)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
	Séminomes purs, stade II	6 ans
	Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II	6 ans
Cancers du sein	Carcinome canalaire <i>in situ</i> Carcinome lobulaire <i>in situ</i> Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome <i>in situ</i> ou de niveau I de Clark <ul style="list-style-type: none"> Exérèse complète Absence de syndrome des nævi dysplasiques 	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade pTis (stade 0) : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic 	1 an
	Stade I : pT1N0M0 : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic Type histologique : adénocarcinome 	4 ans
	Stade I : pT2N0M0 : <ul style="list-style-type: none"> Plus de 50 ans au diagnostic Type histologique : adénocarcinome 	8 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	6 ans
Lymphomes hodgkiniens	Lymphomes hodgkiniens classés stade 1A après une période de suivi post-thérapeutique	6 ans
	Lymphomes hodgkiniens classés stades 1B et 2A après une période de suivi post-thérapeutique	8 ans
Hépatite virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique <ul style="list-style-type: none"> Réponse virale soutenue quel que soit le traitement Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose	48 semaines

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des délais mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

GRILLE DE RÉFÉRENCE : CONDITIONS D'ACCÈS À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR DANS LE CADRE DES TITRES III, IV ET VI 1) DE LA CONVENTION AERAS

Mise à jour en date du 30 mars 2017

PARTIE II

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • CD4 \geq 350/mm³ sur tout l'historique ; • CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable à 12 mois après le début des traitements, sans rechute pendant 2 ans ; • absence de stade SIDA ; • absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; • absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; • absence de maladie coronarienne et d'AVC ; • absence d'usage de substances illicites (liste des stupéfiants fixée par Arrêté du 22/02/1990) ; • absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; • absence de tabagisme actif ; • traitement débuté après janvier 2005. <p>Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; • dosage de la cotinine urinaire négatif. <p>Marqueurs viraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; • marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 48 semaines. 	2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Décès et PTIA : surprime plafonnée à 100 % • GIS : surprime plafonnée à 100 % • Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur : plafonnée à 27 ans

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des surprimes mentionnées ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

Nom (M., Mme) _____ Prénom _____

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto/verso par la personne à assurer.**AERAS (s'Assurer et Emprunter avec des Risques Aggravés de Santé)**

Conformément à la Convention AERAS :

- Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du "Droit à l'oubli", nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en tête de ce document (page 2 à 6).
- Les informations que vous nous transmettez sont couvertes par le secret médical.

Vous devez compléter, dater et signer vous-même ce questionnaire de santé avec le plus grand soin et de manière précise. Il concourt à une juste appréciation du risque par l'assureur. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande, elles serviront de base au contrat.

Vous pouvez le remplir sur place ou à votre domicile.

Quelles que soient les réponses données, vous devez adresser ce Questionnaire de Santé (QS) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'Alptis ou par la procédure de (télé) transmission sécurisée.

RÉPONDEZ PAR OUI OU PAR NON

Pour chaque réponse OUI, donnez toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, conséquences). Si nécessaire, complétez le cadre spécifique en identifiant la question par le numéro.

Nous vous remercions de joindre les copies des comptes rendus d'hospitalisation, opératoires et/ou anatomopathologiques, les bilans biologiques, les comptes rendus d'examen médicaux (scanner, IRM, échographie, ou tous autres éléments permettant au médecin conseil de prendre en compte votre situation).

ACTUELLEMENT

Merci de préciser votre taille et votre poids Taille _____ m Poids _____ kg

1• Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une invalidité ? Oui Non
 Pourquoi ?
 Depuis quelle date ?
 A quel taux ou quelle catégorie ?
 Quel organisme vous verse la pension ?

2• Êtes-vous titulaire de l'allocation adulte handicapé (AAH) ? Oui Non
 Pourquoi ?
 Depuis quelle date ?
 A quel taux ou quelle catégorie ?

3• Actuellement, présentez-vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie ? Oui Non
 Depuis quelle date ?
 Lesquelles ?

4• Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (total ou partiel) sur prescription médicale pour raison de santé (hors congés légaux de maternité) ? Oui Non
 Pourquoi ?
 Depuis quand ?

5• Suivez-vous actuellement un traitement et/ou bénéficiez-vous d'un suivi médical pour :

- Hypercholestérolémie ? Oui Non
 Si OUI, votre taux de cholestérol est-il :
 - inférieur à 2.69 g/l Oui Non
 - compris entre 2.70 g/l et 2.89 g/l Oui Non
 - compris entre 2.90 g/l et 3.20 g/l Oui Non
 - supérieur à 3.20 g/l Oui Non
- Tension artérielle ? Oui Non
 Si OUI, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? Oui Non
- Autres pathologies que celles citées ci-dessus (hors affections saisonnières et contraception) ? Oui Non
 Lesquelles ?
 Pourquoi ?
 Depuis quand ?

Nom (M., Mme) _____ Prénom _____

PASSÉ MÉDICAL**Conformément à la Convention AERAS et au droit à l'oubli, si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse, vous pouvez ne pas nous la déclarer dans certaines conditions.****Aussi nous vous invitons à consulter les documents d'information en tête de ce questionnaire.****AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES**

- 6•** Avez-vous séjourné pour des raisons médicales dans un établissement dispensant des soins prescrits par un médecin? Y compris en ambulatoire, ou hospitalisation à domicile et soins de suite ou réadaptation, ou maison de repos (hors maternité)? Oui Non
- Pourquoi?
- Quand?
- Durée?

**Joindre les comptes rendus d'hospitalisation et/ou les comptes rendus opératoires et/ou anatomopathologiques**

- 7•** Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail **de plus de 21 jours consécutifs** sur prescription médicale pour raison de santé? Oui Non
- Pour chaque arrêt, préciser :
- Pourquoi?
- Quand (mois/année)?
- Durée?

- 8•** Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, **dont le résultat a été positif**? Oui Non
- Le ou lesquels?
- Quand?

AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

- 9•** Avez-vous souffert d'une pathologie suivante **ayant justifié un traitement et/ou un suivi médical de plus de 21 jours consécutifs pour**? Oui Non
(par exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, infiltration, appareillage, psychothérapie etc.)
- troubles psychiques et/ou psychiatriques Oui Non
 - lésions ou maladies osseuses, rhumatismales, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses ou de la colonne vertébrale Oui Non
 - maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, respiratoires, uro-génitales, rénales, digestives ou du foie, neurologiques, de la peau, du sang Oui Non
- La ou lesquelles?
- Quand?
- Durée?

- 10•** Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme obligatoire de Sécurité sociale, au cours des 10 dernières années? Oui Non

FUTUR

- 11•** Au cours des 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale ou des examens médicaux ou débuter un traitement médical? Oui Non
(hors grossesse, amygdales, végétations, ou chirurgie dentaire ou affections saisonnières)

Nom (M., Mme) _____ Prénom _____

COMPLÉMENT D'INFORMATION (merci d'identifier la question)

Question n° :

Les données communiquées dans le cadre de ce Questionnaire de Santé sont destinées à Alptis Assurances qui agit en sa qualité de délégataire au nom et pour le compte de l'assureur responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.

En signant ce document, je consens expressément à ce que les données de santé me concernant fassent l'objet d'un traitement par les services de l'assureur, de son délégataire et de son réassureur, ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance ainsi que la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins de prévention de la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et autres obligations légales.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnll@alptis.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du "Médecin conseil" et transmises par courrier ou selon la procédure de confidentialité.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli, dans le cadre de la Convention AERAS.

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et/ou à des examens médicaux complémentaires.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je reconnais avoir été informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (le défaut de réponse ayant pour conséquence le non-traitement de votre dossier). J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification, sous peine de déchéance. L'adhésion pourra être déclarée nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur (Art L. 113-8 du Code des assurances).

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation des cotisations, les sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (Art L. 113-9 du Code des assurances).

Fait à , le / / Signature précédée de la mention manuscrite
"Lu et approuvé"Ce Questionnaire de Santé est valable 6 mois
à compter de la date de signature**Alptis Assurances**

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.orgSociété par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Quatrem

Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme au capital de 380 426 249 euros - 21, rue Laffitte - 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 724