

En fonction du montant total des capitaux déjà assurés et à assurer chez GENERALI (tous contrats confondus) et de l'âge à l'adhésion, la personne à assurer doit fournir :

MONTANT EN EUROS	AGE ASSURE		
	jusqu'à 45 ans	46 - 65 ans	+ de 65 ans
<= à 200 000€	QS		
de 200.001€ à 300.000€	QS		QS+ BS0
de 300.001€ à 400.000€	QS	QS+ BS0 + COTININE	QS+RM+BS0+COTININE
de 400.001€ à 500.000€	QS +RM+BS0+ COTININE		
de 500.001€ à 1.000.000€	QS +RM+BS1+ COTININE	QS +RM+BS1+ COTININE+ ECG1	
de 1.000.001€ à 2.000.000€	QS+RM+BS1+EU+ECG1		
> 2 000 000€	QS+RM+BS1+EU+ECG2		

NB: Les examens médicaux ont une durée de validité de 6 mois

QS	Questionnaire de santé
RM	Rapport médical complété par un médecin, comprenant analyse d'urines par bandelettes réactives
EU	Examen d'urines (recherche dans les urines): Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urines, dosage de la cotinine urinaire (pour accès au tarif non-fumeur)
BS0	Bilan sanguin (formule 0)
BS1	Bilan sanguin (formule 1)
ECG1	Electrocardiogramme de repos avec compte rendu du cardiologue (avec tracés et conclusions du cardiologue)
ECG2	ECG1+ Electrocardiogramme d'effort avec compte rendu du cardiologue en absence de toute contre indication médicale (avec tracés et conclusions du cardiologue)
COTININE	Test de cotinine urinaire (pour accès au tarif non-fumeur)
BS0 <i>Bilan sanguin formule 0</i>	Numération et Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Cholestérol Total / HDL, glycémie à jeun, Triglycérides, Créatinine, ASAT, ALAT, GGT. Pour les hommes de + de 50 ans, dosage de l'Antigène Spécifique de la prostate
BS1 <i>Bilan sanguin formule 1</i>	BS0 + dosage de la protéine C réactive, acide urique, phosphatase alcaline, Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'Hépatite C (AC anti-VHC) et sérologie H.I.V. 1 et 2 + Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Formalités financières Le rapport confidentiel et financier, ainsi que les justificatifs et toute la documentation sont exigés à partir de 2.000.000€

DOCUMENT D'INFORMATION AERAS

Document d'information AERAS (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 71ème anniversaire.

Generali a décidé de faire bénéficier des dispositions du droit à l'oubli, l'ensemble de ses clients et ce, sans restrictions relatives aux caractéristiques du prêt.

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-info.com

=>**Vos droits** : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous être 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) Evolution 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

Le « droit à l'oubli » concerne actuellement les personnes souhaitant emprunter et ayant été atteintes d'un cancer (quels qu'en soient la localisation et le type histologique) découvert avant l'âge de 18 ans, 5 ans après la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute², et aux personnes ayant été atteintes par un cancer de l'adulte, 10 ans après la fin du protocole thérapeutique¹ et en l'absence de rechute². Les bénéficiaires de ce dispositif n'ont pas à déclarer cet antécédent à leur assureur. Si celui-ci a été déclaré, alors les propositions d'assurance ne comprennent ni exclusion de garanties ni surprime au titre de cet antécédent. Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle.

**Grille de référence : conditions d'accès à une assurance emprunteur
dans le cadre des titres III, IV et VI 1) de la Convention AERAS.**

Applicable au 16 juillet 2018

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^{ème} 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 et sans rechute ».
- 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.

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

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.**

Type de pathologies	Types histologiques et stades de référence – stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ¹	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I Séminomes purs, stade II Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II	3 ans 6 ans 6 ans
Cancers du sein	Carcinome lobulaire ou canalaire <i>in situ</i> strict sans caractère micro-infiltrant Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Carcinome canalaire <i>in situ</i> présentant lors de l'exérèse chirurgicale une ou plusieurs zones de micro-invasion (rupture de la membrane basale) n'excédant pas 1 mm (dans le plus grand axe) et dont l'exploration axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire) ne montre pas d'envahissement du ou des ganglions prélevés Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Traitement selon le consensus HAS/INCA réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome in situ ou de niveau I de Clark – Exérèse complète – Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou in situ Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancer du rein	Carcinome du rein à cellules claires diagnostiqué après l'âge de 50 ans, classé T1N0M0 grade de Führman 1 et 2 Carcinome du rein à cellules chromophobes, classé T1N0M0	8 ans 5 ans

¹Types histologiques et stades de référence – stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :
– en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p »TNM
– dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c »TNM ou « u / us »TNM

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

Type de pathologie	Types histologiques et stades de référence – stades pré–thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ¹	Délai d'accès (Cf définition page précédente)
Cancer du côlon et du rectum	Stade pTis (stade 0) : – Plus de 50 ans au diagnostic	1 an
	Stade 1 : T1N0M0 : – Plus de 50 ans au diagnostic – Type histologique : adénocarcinome	4 ans
	Stade 1 : T2N0M0 : – 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
Leucémie aigue promyélocytaire / LAP / LAM3	Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic Traitement réalisé	3 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 – 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

¹ Types histologiques et stades de référence – stades pré–thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte–rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p »TNM
- dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c »TNM ou « u / us »TNM

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

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 délais mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes

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
<p>Hépatite virale chronique à VHC</p> <p>Score de fibrose à F3</p>	<p>Score de fibrose au début du traitement égal à F3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec les résultats suivants de : <ul style="list-style-type: none"> · Avec les résultats suivants de : <ul style="list-style-type: none"> · Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa · Fibromètre : 0,72 à 0,84 - Réponse virale soutenue, quel que soit le type de traitement ; - Absence d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) ; - Absence de co-infection par les virus : VIH, VHB ; - Absence d'évolution vers une cirrhose ; - Absence de manifestation extra-hépatique résiduelle de l'hépatite C (lymphome, cryoglobulinémie mixte, vascularite systémique, glomérulonéphrite membrano-proliférative, neuropathies périphériques, polyarthrites inflammatoires) ; - Echographie hépatique de moins de 6 mois sans signe de stéatose ; - Bilan biologique de moins de 6 mois : ASAT, ALAT, Gamma GT normales, numération des plaquettes > 150 000/mm³, TP > 80%, albuminémie > 40g/l, alphafoetoprotéïnémie < 10 ng/ml. 	<p>48 semaines à compter de la fin du traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décès et PTIA : surprime plafonnée à 125% - GIS : non proposée
<p>Astrocytome pilocytique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Age au diagnostic : >= 18 ans et <= 60 ans - Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement - Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur 	<p>4 ans à compter de la chirurgie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décès et PTIA accordées sans surprime - GIS accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles

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

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
Leucémie myéloïde chronique (LMC)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement en cours - Transcrit bcr-abl strictement indétectable avec les techniques de détection en vigueur au jour de la souscription, et durant une période de 36 mois continus précédant la souscription avec les techniques validées en vigueur sur cette période 	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Décès et PTIA surprime plafonnée à 150 % - GIS : surprime plafonnée à 150 %
Leucémie de Burkitt / lymphome de Burkitt / LAL3	<ul style="list-style-type: none"> - Age <= 60 ans - Performance Status (définition de l'OMS) 0 ou 1 - Traitement réalisé 	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Décès et PTIA surprime plafonnée à 50 % - GIS : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	<p>1) Conditions <i>cumulatives</i> de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age >= 18 ans et <= 40 ans - Non-transplanté - Indice de masse corporelle, IMC >= 17 kg/m² - VEMS >= 25% de la valeur théorique - Absence de diabète - Absence de pneumothorax dans l'année écoulée - Absence de colonisation à Burkholderia cepacia - Absence de colonisation à Mycobactérie atypique - Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l'année écoulée - Absence d'oxygénothérapie de longue durée¹ - Absence de ventilation non-invasive de longue durée² <p>2) Conditions <i>complémentaires</i> aux précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit : Absence de colonisation à P. aeruginosa, - Soit : colonisation à P. Aeruginosa mais absence d'insuffisance pancréatique exocrine 	Pour une durée de prêt de 10 ans maximum	<ul style="list-style-type: none"> - Décès avec une surprime plafonnée à 400% - PTIA et GIS : non proposées

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

¹ L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne consiste en une administration quotidienne d'oxygène pendant une durée supérieure ou égale à 15 heures. Afin de faciliter la mobilité et de respecter la durée d'administration quotidienne, le patient peut bénéficier d'une source mobile d'oxygène pour poursuivre son traitement lors de la déambulation (y compris en fauteuil roulant), notamment hors du domicile (source : Légifrance – Arrêté du 23 février 2015 – I-1.2.1. Définition).

² Ventilation non-invasive (VNI) : Ventilation en pression positive à travers un masque nasal ou facial (définition de la Haute Autorité de Santé).

Types de pathologies	Stades de référence – stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ¹				Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	<ul style="list-style-type: none"> – Age au diagnostic : > 55 ans – Stade clinique <= T1c – PSA <= 10 ng/mL – Score de Gleason <= 6 – Nombre de biopsies positives <= 2 et % de tissu malin par carotte <= 50% ; Histologie : adénocarcinome pur, strictement intra-glandulaire – Exclusion de tout traitement et notamment hormonothérapie 				Sans délai	<ul style="list-style-type: none"> – Décès et PTIA accordées avec une surprime limitée à 75% – GIS : non proposée
Adénocarcinome de la prostate	Stade	Critères	PSA après prostatectomie radicale (dosage datant de moins de 6 mois)	PSA après radiothérapie conformationnelle ou curiethérapie (dosage datant de moins de 6 mois)		<ul style="list-style-type: none"> – Décès / PTIA accordées sans surprime – GIS accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles;
	T1N0M0 T2aN0M0	PSA < 10 ng/ml et Gleason < 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal
	T1N0M0 T2aN0M0	10ng/ml < PSA < 20ng/ml ou Gleason = 7			5 ans	Tarif normal
	T2bN0M0	PSA < 20ng/ml et Gleason < 7			5 ans	Tarif normal

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

¹ Stades de référence – stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :
– en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p » TNM
– dans les autres cas, les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c » TNM ou « u / us » TNM
– en cas de surveillance active, l'ensemble des différents critères précisés dans la grille ci-dessus.



<p>5a. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ? _____</p> <p>5b. Avez-vous au cours des cinq dernières années, interrompu votre travail pendant plus de trois semaines consécutives ou plus de quatre-vingt-dix jours cumulés sur une année ? _____</p> <p>5c. Êtes-vous actuellement sous traitement ou surveillance médicale (y compris dans le cadre d'une grossesse pathologique) ? _____</p>	<p>5a. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____</p> <p>5b. À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Durée ? _____</p> <p>5c. Depuis quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____</p>																								
<p>6. Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (en dehors des végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez. _____</p>	<p>À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques _____ Durée ? _____</p>																								
<p>7. Avez-vous fait l'objet d'examens paracliniques au cours des dix dernières années (tests en laboratoires, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? Si oui, précisez. _____</p>	<p>Lequels ? _____ À quelle date ? _____</p>																								
<p>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 ? _____</p>	<p>À quelle date ? _____ Lequel ? _____</p>																								
<p>9. A votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Si oui, précisez la nature, le motif et la date. _____</p>	<p>À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____</p>																								
<p>10. Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? (le cas échéant, précisez la cause possible) _____</p>	<p>_____</p>																								
<p>11. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ? _____</p>	<p>Si oui, taille _____ cm Poids _____ kg Pression artérielle si connue _____ / _____</p>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">Taille en centimètres</td> <td style="width:10%;">140 à 150</td> <td style="width:10%;">151 à 155</td> <td style="width:10%;">156 à 160</td> <td style="width:10%;">161 à 165</td> <td style="width:10%;">166 à 170</td> <td style="width:10%;">171 à 175</td> <td style="width:10%;">176 à 180</td> <td style="width:10%;">181 à 185</td> <td style="width:10%;">186 à 189</td> <td style="width:10%;">190 à 195</td> <td style="width:10%;">+ de 196</td> </tr> <tr> <td>Poids en kg</td> <td>35 à 60</td> <td>40 à 65</td> <td>42 à 70</td> <td>45 à 75</td> <td>50 à 80</td> <td>55 à 85</td> <td>60 à 90</td> <td>63 à 95</td> <td>65 à 100</td> <td>70 à 110</td> <td>75 à 120</td> </tr> </table>	Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196	Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120	<p>12. Au cours des 5 dernières années, avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration ? _____</p>
Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196														
Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120														
<p>En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? _____</p> <p>Pour quel motif ? _____</p> <p>Nom de l'Assureur ? _____</p> <p>Montant assuré ? _____</p> <p>Date d'effet : _____ Terme : _____</p> <p>Si majoration, à quel taux ? _____ %</p> <p>Si réduction de durée, de combien d'années ? _____</p>																									

Déclarations

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations.

Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil du service médical de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Je reconnais avoir pris connaissance et reçu le « Document d'information AERAS » ainsi que la « Grille de référence » annexés à ce questionnaire.

Déclarations (suite)**PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'assureur à l'exception des opérations dont le responsable de traitement et le périmètre sont définis à la notice d'information.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

En remplissant le questionnaire médical, vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour ces mêmes finalités.

Dans les conditions prévues par la réglementation, vous avez le droit :

- de retirer le consentement donné pour un traitement de données fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués,
- de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation
- de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires,
- de récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

- **auprès du déléataire de gestion** tel que mentionné à la notice d'information ou,
- **auprès de l'assureur** : à l'adresse mail droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale Generali – Conformité – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le paragraphe « Information sur la protection des données personnelles » figurant à la notice d'information.

CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST VALABLE 6 MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE DU PRÉSENT DOCUMENT.

Fait à _____, le ____/____/_____

Signature de la personne à assurer :