

# EMPRUNTEUR

## FORMALITÉS MÉDICALES

### UNE DÉMARCHE SIMPLIFIÉE

Des formalités médicales sont nécessaires pour étudier dans les meilleures conditions votre demande d'adhésion à votre (vos) contrat(s) d'assurance de prêt(s). Celles-ci dépendent de votre âge (année en cours moins année de naissance) et des capitaux que vous souhaitez garantir selon la grille ci-dessous. Ces niveaux de formalités médicales s'appliquent sur le montant total de capitaux décès cumulés assurés, sur la tête d'une même personne.

## COMMENT ACCOMPLIR VOS FORMALITÉS MÉDICALES ?

### • Généralités

Vous êtes invité à transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Consultant de Sphéria Vie à l'adresse suivante : Sphéria Vie - A l'attention du Médecin Consultant 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLEANS CEDEX 1

### • Formalités

Pour faciliter vos démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par Sphéria Vie.

Nous avons sélectionné trois partenaires. Vous voudrez bien prendre rendez-vous par téléphone avec l'un d'entre eux :

- CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances) ☎ **N°Cristal 09 69 323 443** (coût appel local)
- CIVEM (Centre International de Visites et Expertises Médicales) ☎ **N°Azur 0 810 12 12 12** (coût appel local)
- ARM (Analyse Risque Médical) ☎ **N°Azur 0 810 72 50 00** (coût appel local) SPH.SPHERIA VIE

Le jour de votre rendez vous, merci de vous présenter à jeun et de vous munir des documents suivants :

- la présente lettre
- le rapport médical confidentiel qui vous a été remis par votre conseiller
- une pièce d'identité

Si vous effectuez vos examens médicaux dans l'un des trois centres sélectionnés par Sphéria Vie, nous prenons en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par les éventuels examens à conduire.

Toutefois, si vous ne souhaitez pas utiliser l'un des trois réseaux précités, mais préférez faire appel à des praticiens et laboratoires de votre choix, nous vous rappelons que la prise en charge des honoraires est limitée pour les examens cliniques et cardiovasculaires à 5C par acte et pour les examens de laboratoire aux frais réels.

Capitaux décès*	de 18 à 45 ans	de 46 à 55 ans	de 56 à 69 ans	de 70 à 79 ans
jusqu'à 75 000 €	QSS	QSS	QS	QS + RM + BIO + ECBU
de 75 001 à 150 000 €				QS + RM + BIO + ECBU + ECG
de 150 001 à 300 000 €		QS	QS + RM + BIO	QS + RM + BIO + ECG + ECHO CARDIAQUE + ECBU + TN
de 300 001 à 400 000 €	QS + RM + BIO + TN	QS + RM + BIO + TN		
de 400 001 à 500 000 €		QS + RM + BIO + ECG + TN		
de 500 001 à 1 250 000 €	QS + RM + BIO + ECBU + TN	QS + RM + BIO + ECG + ECBU + TN		
Au delà de 1 250 000 €	Les formalités médicales et le questionnaire financier sont à demander au Service Médical de Sphéria Vie, à accompagner de justificatifs selon le cas échéant. L'étude tarifaire sera traitée au cas par cas.			

**Si vous choisissez les garanties optionnelles DOS et/ou PSY, complétez et signez la dernière partie des formalités médicales « Garanties optionnelles ».**

\* Ces montants s'entendent hors prêt relais en cas de souscriptions multiples auprès de Sphéria Vie.

## Lexique :

**QSS** : Questionnaire de Santé Simplifié

**QS** : Questionnaire de Santé

**RM** : Rapport médical à compléter par un médecin examinateur après examen clinique de l'assuré et avec examen d'urines sur bandelette

**ECG** : Compte rendu d'un examen cardio-vasculaire avec tracé d'ECG (de repos) établi par un cardiologue

**ECBU** : Examen cytot bactériologique des urines

**TN** : Test de Nicotine pour les non-fumeurs

**BIO** : Analyses biologiques (hémogramme, glycémie, cholestérol total, cholestérol HDL + LDL, triglycérides, transaminases, gamma GT, test VIH, antigène HBS, sérologie de l'hépatite C, vitesse de sédimentation globulaire, uricémie, créatinine) + dosage PSA (pour les hommes de 56 ans et plus)

**ECHO** : Echocardiographie + compte rendu

**CARDIAQUE**

## ANNEXE

### DOCUMENT D'INFORMATION

---

#### 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*<sup>1</sup> remonte à plus de **5** ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> 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*<sup>1</sup> remonte à plus de **10** ans au jour de votre demande d'assurance ;
  - **et s'il** n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> 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<sup>ème</sup> anniversaire.

## 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](http://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

<sup>1</sup> **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.

<sup>2</sup> **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.

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)

À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nom de l'assuré(e) : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Profession réellement exercée (avec détails) : .....

Etes-vous amené à séjourner à titre professionnel en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?  OUI  NON    Souhaitez-vous être garanti pendant ces séjours ?  OUI  NON

1/ La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 (ex : 170 cm - 70 kg = 100) ?  NON  OUI

Si oui, précisez : votre taille : ..... cm et votre poids : ..... kg

2/ Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel par suite de maladie ou d'accident ?  NON  OUI

3/ Etes-vous actuellement sous traitement et/ou surveillance médicale (hors maladies infectieuses saisonnières et hors examens et bilans systématiques de routine) ?  NON  OUI

4/ Devez-vous prochainement être hospitalisé (même de jour), ou réaliser des examens de sang, cardiologiques, ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie... sauf mammographie de contrôle systématique) ?  NON  OUI

5/ Au cours des 10 dernières années :

a) Vous a-t-on prescrit un traitement ou des soins médicaux de plus de 21 jours ?  NON  OUI

b) Etes-vous ou avez-vous déjà été pris en charge à 100 % par un organisme d'assurance maladie au titre d'une affection de Longue Durée (ALD) ou bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité ?  NON  OUI

6/ Au cours des 5 dernières années :

a) Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 21 jours consécutifs pour cause de maladie ou d'accident ?  NON  OUI

b) Avez-vous subi une hospitalisation ou une intervention chirurgicale (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule biliaire, dents de sagesse, accouchement) ?  NON  OUI

c) Avez-vous réalisé des examens biologiques, cardiologiques ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) dont les résultats se seraient révélés anormaux ?  NON  OUI

**En cas de réponse positive à une au moins des questions 1 à 6, veuillez compléter et retourner sous pli confidentiel fermé à l'attention du Médecin Consultant le formulaire "Questionnaire de Santé" (QS).**

**Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

Je suis informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, mes réponses étant indispensables au traitement de mon adhésion ainsi qu'à la gestion de mon dossier. Seuls Sphéria Vie, le cas échéant ses réassureurs, délégataires, ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif, pourront être destinataires de ces données et ce dans le respect des dispositions applicables en matière de secret médical. Je peux demander, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, à exercer mes droits d'accès, d'opposition, de rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en faisant parvenir ma demande à l'adresse de notre siège social.

Je reconnais avoir reçu simultanément à la signature du présent questionnaire, le document d'information sur le « droit à l'oubli », à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la convention AERAS.

Signature de l'assuré(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Fait à :

Le :

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)

## À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter dans sa totalité et avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer votre demande. **Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Pour assurer la confidentialité, nous vous invitons à transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Consultant de Sphéria Vie.**

Le Médecin Consultant de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (ordonnance ; bilans biologiques, sanguins, urinaires ; comptes-rendus radiologiques, cardiologiques, d'hospitalisation, opératoires ; autres).

Nom et Prénom (suivis s'il y a lieu du nom de naissance) : .....  
 Date de naissance : .....  
 Domicile : .....  
 Profession réellement exercée (avec détails) : .....  
 Pratiquez-vous un sport (y compris l'aviation) ?  OUI  NON Si oui, le(s)quel(s) : .....  
 Souhaitez-vous être garanti pendant la pratique de ce(s) sport(s) ?  OUI  NON  
 Etes-vous amené à séjourner à titre professionnel en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?  OUI  NON Souhaitez-vous être garanti pendant ces séjours ?  OUI  NON

Taille (cm) : .....	Poids (kg) : .....	<input type="radio"/> Droitier	<input type="radio"/> Gaucher	<input type="radio"/> Ambidextre	Répondre OUI ou NON	En cas de réponse positive, donner toutes précisions utiles : A quelles dates ? Pour quelles raisons ? Natures et durées des traitements ? Conséquences et séquelles ?
1/ a) Fumez-vous (y compris cigarette électronique) ? b) Consommation journalière d'alcool ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui combien ? ..... Si oui, combien (verres) ? .....
2/ Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : a) Maladies cardiaques, vasculaires, respiratoires, rhumatismales, ostéo articulaires, psychiatriques (dont dépression), neurologiques, O.R.L., de la peau, métaboliques, endocriniennes, hépatiques, digestives, rénales, gynécologiques, urologiques ; diabète, maladie du sang, élévation du cholestérol ? b) Maladies infectieuses (bactériennes, parasitaires, virales) dont infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ? c) Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... ..... .....
3/ Au cours des 5 dernières années : a) Avez-vous eu des examens dont les résultats auraient été anormaux (analyse de sang, des urines, électrocardiogramme, IRM, scanner, échographie, autres) ? b) Avez-vous eu une maladie ou des troubles médicaux ayant nécessité des examens particuliers, un traitement médical, régime, autres ? c) Avez-vous eu un protocole thérapeutique pour un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... ..... .....
4/ Au cours des 10 dernières années : a) Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ? b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? c) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... ..... .....
5/ a) Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C) et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ? b) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? c) Etes-vous titulaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ? d) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? e) Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... ..... ..... ..... .....
6/ a) Avez-vous été hospitalisé (même en hôpital de jour) et/ou opéré (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) ? b) Devez-vous être hospitalisé, opéré, traité, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens ou bilans médicaux ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... .....
7/ a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance de prévoyance ou de décès ? b) Ces polices d'assurance ont-elles été refusées, ajournées, acceptées avec surprime, acceptées partiellement, acceptées avec exclusion médicale ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	..... .....

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. *Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.* Je suis informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, mes réponses étant indispensables au traitement de mon adhésion ainsi qu'à la gestion de mon dossier. Seuls Sphéria Vie, le cas échéant ses réassureurs, délégués, ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif pourront être destinataires de ces données, et ce dans le respect des dispositions applicables en matière de secret médical. Je peux demander, en application des dispositions de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, à exercer mes droits d'accès, d'opposition, de rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en faisant parvenir ma demande à l'adresse de notre siège social. Je reconnais avoir reçu simultanément à la signature du présent questionnaire, le document d'information sur le « droit à l'oubli », à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la convention AERAS ».

Fait à :   
 Le :

Signature de la personne demandant à être assurée,  
 précédée de la mention « Lu et approuvé »

# EMPRUNTEUR

## GARANTIES OPTIONNELLES

À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nom et Prénoms (suivis s'il y a lieu du nom de naissance) : .....

Date de naissance : .....

Si vous avez choisi les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, et que vous souhaitez être garanti pour les affections du dos et/ou psychiatriques et psychiques exclues à la notice d'information, veuillez compléter le(s) questionnaire(s) ci-dessous correspondant à l'option choisie :

### GARANTIE DOS

- Présentez-vous ou avez-vous présenté une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 15 jours (y compris infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?  OUI  NON

Si oui, laquelle ? .....

- avez-vous effectué une imagerie médicale de la colonne vertébrale (radiologie, IRM, scanner...) ?  OUI  NON  
(En cas de réponse positive, veuillez nous retourner sous pli confidentiel le compte-rendu)

### GARANTIE PSY

- Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ?  OUI  NON

- avez-vous déjà suivi un traitement de plus de deux semaines en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ?  OUI  NON

- avez-vous présenté un arrêt de travail de trois semaines ou plus en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névrose, schizophrénie, anorexie, boulimie, ou toute autre affection psychiatrique ?  OUI  NON

- avez-vous recours ou avez-vous eu recours à un suivi psychiatrique ?  OUI  NON  
(En cas de réponse positive, veuillez nous retourner sous pli confidentiel le compte-rendu)

**Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. *Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.***

Je suis informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, mes réponses étant indispensables au traitement de mon adhésion ainsi qu'à la gestion de mon dossier.

Seuls SPHERIA Vie, le cas échéant ses réassureurs, délégataires, ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif, pourront être destinataires de ces données et ce dans le respect des dispositions applicables en matière de secret médical.

Je peux demander, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, à exercer mes droits d'accès, d'opposition, de rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en faisant parvenir ma demande au siège social de SPHERIA VIE, 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 ORLEANS Cedex 1.

Signature de l'assuré(e) (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Fait à :

Le :