

ANNEXE À LA NOTICE SÉRÉVI EMPRUNTEUR

GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES

Encours Assuré Âge de l'Assuré	Jusqu'à 100 000 €	de 100 001 € à 150 000 €	de 150 001 € à 250 000 €	de 250 001 € à 400 000 €	de 400 001 € à 600 000 €	de 600 001 € à 1 000 000 €	de 1 000 001 € à 1 500 000 €	> 1 500 000 €
Jusqu'à 35 ans	Déclaration d'État de Santé			QS + Analyse de sang 1 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines	QS + RM + Analyse de sang 1 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + RMF + Examen cardiologique	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + RMF + Examen cardiologique avec test d'effort
De 36 ans à 45 ans				QS + RM + Analyse de sang 1 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines				
De 46 ans à 65 ans	Questionnaire de Santé	QS + RM + Analyse de sang 1 + PSA	QS + RM + Analyse de sang 1 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA + RMF	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA + RMF	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec test d'effort + PSA + RMF	
Plus de 65 ans	QS + RM	QS + RM + Analyse de sang 1 + PSA						

QS	Questionnaire de Santé.
RM	Rapport Médical.
Analyse de sang 1	Cholestérol total et ses fractions HDL et LDL, Triglycérides, Glycémie, Test HIV, Numération de la formule sanguine, Vitesse de sédimentation, Plaquettes, Créatinine, Acide urique, Transaminases, Gamma GT.
Analyse de sang 2	Analyse de sang 1, Sérologie des hépatites B (marqueurs Antigène HBs), Sérologie des hépatites C (anticorps anti VHC).
Examen cardiologique	ECG avec compte rendu + examen cardiologique avec un rapport détaillé sur l'état cardio vasculaire. À partir d'1,5 M€ de capitaux assurés, ECG avec épreuve d'effort.
Examen d'urines	Recherche et dosage éventuel des protéines, du glucose, du sang. Examen cyto bactériologique à effectuer si détection d'une anomalie.
PSA	Antigène Spécifique de la Prostate.
Test de cotinine urinaire	Test d'urine à effectuer par toute personne ayant déclaré être "non fumeur" et assurée au-delà de 250 000 €.
RMF	Rapport Moral et Financier. À renseigner pour tout montage d'un montant assuré supérieur à 1 000 000 €.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Suravenir - Service ADEI - Sélection Médicale - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9
Téléphone : 09 69 32 39 90 - Télécopie : 02 98 34 43 70 - E-mail : SelMedADEI@suravenir.fr

Vous avez moins de 46 ans et votre nominal assuré est inférieur à 250 001 €.

ASSURÉ 1

Monsieur Madame

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Département de naissance : _____

Ville/Pays de naissance : _____

Nom du médecin traitant : _____

ASSURÉ 2

Monsieur Madame

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Département de naissance : _____

Ville/Pays de naissance : _____

Nom du médecin traitant : _____

Je déclare :

- ne pas être sous surveillance ou traitement médical et ne pas l'avoir été au cours des 5 dernières années,
- ne pas être en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé et ne pas l'avoir été pendant plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années,
- ne pas être ou avoir été atteint d'affections cardiaques, respiratoires, cérébrales, rénales, urinaires, musculaires, digestives, hépatiques, osseuses, d'hypertension artérielle, de diabète, d'hypercholestérolémie, de rhumatismes, d'épilepsie, de tumeur, de kyste, de cancer,
- ne pas souffrir ou avoir souffert d'anxiété, de maladies psychiatriques (dépression, névrose, psychose,...) ou d'affections de la colonne vertébrale,
- ne pas devoir subir prochainement d'intervention chirurgicale autre que celle des amygdales et appendicite,
- ne pas suivre ou avoir suivi un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie,
- ne pas avoir été hospitalisé plus de 24 heures consécutives au cours des 5 dernières années,
- ne pas souffrir d'une invalidité ou infirmité et ne pas bénéficier d'une pension ou carte d'invalidé civil ou militaire,
- ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies des hépatites B et C, VIH qui se soit révélé positif.

Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances qui indique "l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre."

Oui, j'ai pris connaissance et je satisfais aux déclarations ci-dessus.
La déclaration d'état de santé est valable quatre mois.

Fait à _____, le _____
Signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "Lu et approuvé"

Non, je ne satisfais pas aux déclarations ci-dessus et je m'engage à remplir le questionnaire de santé.

Oui, j'ai pris connaissance et je satisfais aux déclarations ci-dessus.
La déclaration d'état de santé est valable quatre mois.

Fait à _____, le _____
Signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "Lu et approuvé"

Non, je ne satisfais pas aux déclarations ci-dessus et je m'engage à remplir le questionnaire de santé.

Réf. document : 3332-6 (07/2014)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Suravenir - Service ADEI - Sélection Médicale - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9
Téléphone : 09 69 32 39 90 - Télécopie : 02 98 34 43 70 - E-mail : SelMedADEI@suravenir.fr

**Le questionnaire de santé doit être rempli par la personne à assurer.
Un défaut de réponse à l'une des questions suivantes nous amènera à vous renvoyer le questionnaire.
Il peut être complété en dehors de l'agence bancaire et/ou être adressé directement au médecin conseil
de la société Suravenir dans l'enveloppe confidentielle prévue à cet effet.**

Monsieur Madame

Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Département de naissance : _____ Ville/Pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : ____ Ville : _____

Situation de famille : _____

Profession actuelle : _____ Profession(s) antérieure(s) : _____

	VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	NON	OUI	CHAQUE COMMENTAIRE DOIT ÊTRE CLAIR ET PRÉCIS
1	La différence entre votre taille (en cm) et votre poids (en kg) est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ? (Si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille : _____ cm Poids : _____ kg Tension artérielle habituelle : _____
2	- Votre consommation de boissons alcoolisées est-elle supérieure à ½ litre de vin par jour ou équivalent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Fumez-vous plus de 10 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien ? _____
	- Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Jusqu'à quand ? _____
3	Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			Quand, durée, date guérison, séquelles, commentaires
	- Paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA), ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre atteinte du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleur thoracique, palpitations, artérites, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, ou du rectum, affection du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Psoriasis, kyste, tumeur, eczéma ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Perte de poids durant la dernière année ou toute autre maladie ou infirmité non citée précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Suite au verso

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE		NON	OUI	CHAQUE COMMENTAIRE DOIT ÊTRE CLAIR ET PRÉCIS
				Quand, durée, date guérison, séquelles, commentaires
4	- Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	- Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5	Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
6	Pour les personnes du sexe féminin :			
	- Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? _____
	- Grossesses antérieures avec complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des complications : _____
	- Prenez-vous des anticonceptionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	- Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____
	- Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
	- Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
	- Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? Ne sont pas concernées les consultations pour maladies bénignes telles que grippe, angine, gastro-entérite, visite annuelle, médecine du travail sauf si découverte de problème de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
	- Devez-vous être hospitalisé prochainement, ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Motif ? _____
8	Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :			
	- Un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
	- Une radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
	- Une analyse de sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
	- Une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Résultat ? _____
	- Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquelles ? _____ Résultats : _____
	- Avez-vous ou non subi un test de dépistage de 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____
9	- Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : _____ Pourquoi ? _____
	- Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____
	- Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="checkbox"/> civile <input type="checkbox"/> militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : _____ Taux : _____ Depuis quand : _____
10	Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11	Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? _____			
12	- Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance décès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle compagnie ? _____ Capitaux ? _____ Date ? _____
	- Ces polices d'assurance décès ont-elles été refusées, ajournées, supprimées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____

Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes réponses au questionnaire et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances qui indique : **“l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre”.**

Fait à _____, le _____
Signature de l'Assuré précédée de la mention “Lu et approuvé”