

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(à compléter par la personne à assurer)

Numéro de l'adhésion : Code banque-guichet :

Identité de la personne à assurer

M. Mme Date de naissance : Nom : Prénom :

Vous souhaitez assurer votre financement auprès de notre compagnie et nous vous en remercions.

Afin de recevoir une réponse rapide, assurez-vous de répondre à toutes les questions. En effet, toute omission fera l'objet d'un renvoi du questionnaire, occasionnant ainsi des délais de traitement plus longs.

Ces informations étant confidentielles, veillez à vous protéger de regards indiscrets au moment du remplissage du questionnaire. Vous pouvez compléter votre questionnaire seul soit sur place, soit à votre domicile. Les documents sont destinés au Service Médical Tarification. En cas de réponse(s) positive(s), ce service médical se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires.

Veillez répondre avec exactitude à toutes les questions car vos réponses vous engagent.

Un document d'information AERAS vous a été transmis ; nous vous invitons à le consulter avant de compléter votre questionnaire.

Situation actuelle

1	Votre taille en cm	Votre poids actuel en kg		
2	Êtes-vous actuellement pris en charge à 100 % au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale ou un autre régime obligatoire de base ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pour quelle affection ? : _____ Date de début : <input type="text"/>	
3	Êtes-vous titulaire ou dans l'attente de l'attribution d'une pension, rente ou allocation au titre de l'incapacité au travail ou d'une invalidité y compris l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Allocation Demande en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de début : <input type="text"/> Taux : _____ % Motif : _____	
4	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, par suite de maladie ou d'accident, pour raison de santé ? (hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite).	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : _____ Date de début : <input type="text"/>	
5	Suivez-vous actuellement un traitement prescrit médicalement ? (hors tension artérielle, contraception et hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite). <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie.</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, traitement : _____ _____	Affection : _____ _____
				Date de début de l'affection : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Avez-vous une anomalie de la glycémie, du cholestérol, des triglycérides ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, Taux glycémie : _____ g/l HBA 1C : _____ % Triglycérides : _____ g/l Cholestérol total : _____ g/l Cholestérol LDL : _____ g/l Cholestérol HDL : _____ g/l	

Numéro de l'adhésion : Nom : Prénom : Né(e) le : **Situation passée**

- 7** Au cours des **10 dernières années**, avez-vous eu l'une des affections ayant nécessité un traitement de plus de **21 jours** ou un suivi médical, parmi les affections suivantes :
- Non Oui, pour une affection (les listes proposées ci-dessous sont données à titre d'exemple et ne sont pas complètes) :
1. **Cardiaque ou vasculaire** : maladie des coronaires, infarctus du myocarde, stent, troubles du rythme ou de la conduction, valvulopathie, insuffisance cardiaque, artérite, phlébite, embolie pulmonaire ou toute autre maladie cardiaque ou vasculaire.
 2. **Neurologique** : accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, épilepsie, sclérose latérale amyotrophique, myopathie, myasthénie, maladie de Parkinson ou toute autre maladie neurologique ou des muscles.
 3. **Ostéo-articulaire** : cervicalgies, lombalgies, sciatique, hernie discale, tendinite, arthrose, spondylarthrite ankylosante, fibromyalgie, prothèse articulaire ou toute autre maladie ou traumatisme des os ou de la colonne vertébrale ou des articulations (épaule, coude, poignet, hanche, genou, cheville).
 4. **Psychique** : dépression, burn-out, troubles anxieux, troubles de l'humeur, psychose, schizophrénie, troubles du comportement alimentaire ou toute autre atteinte psychique.
 5. **Respiratoire** : asthme, emphysème, bronchite chronique, syndrome d'apnée du sommeil, tuberculose, sarcoïdose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire.
 6. **Ophthalmologique/ORL** : dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), glaucome, cécité, surdité, vertiges ou toute autre maladie des oreilles, du nez, de la gorge ou des yeux.
 7. **Endocrinienne** : diabète, affection de la thyroïde, affection de l'hypophyse, affection des surrénales, affection du pancréas ou toute autre maladie de l'appareil endocrinien.
 8. **Digestive** : maladie de l'œsophage, de l'estomac, du foie ou des voies biliaires, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique, diverticulite ou toute autre maladie de l'appareil digestif.
 9. **Génito-urinaire** : coliques néphrétiques, néphropathie, affections de la prostate ou toute autre maladie de l'appareil urinaire (reins, uretère, vessie) et/ou de l'appareil génital.
 10. **Une maladie tumorale ou cancéreuse (hors pathologie cancéreuse dont la date de fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance (pour plus d'informations se référer au document d'information AERAS joint)).**
 11. **Une hémopathie (maladie du sang).**
 12. **Une maladie infectieuse ou parasitaire.**
 13. **Une maladie sexuellement transmissible ou une atteinte par le VIH.**

Pour chaque case cochée, merci de transmettre les bilans de surveillance réalisés liés à la ou les pathologie(s) déclarée(s) ainsi que les comptes rendus opératoire, anatomo-pathologique, histologique et d'hospitalisation en cas d'intervention chirurgicale.

Affection	Date 1 ^{ers} symptômes	Date de fin de traitement	En cours
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

8	Au cours des 5 dernières années , avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, motifs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Au cours des 5 dernières années , avez-vous été hospitalisé(e) pour maladie, accident ou intervention chirurgicale, y compris pour des séjours de moins de 24 heures ? (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, maternité, extraction ou implant dentaire).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, motifs : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de l'hospitalisation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Joignez les copies des comptes rendus opératoire ou d'hospitalisation
10	Au cours des 5 dernières années , avez-vous effectué un ou plusieurs des examens suivants ayant révélé des anomalies : - tests sanguins, - examens spécifiques ou autres investigations : radiographie, échographie, scanner, IRM, doppler, artériographie, endoscopie digestive ou bronchique, scintigraphie, électromyogramme, mammographie, électroencéphalogramme, arthroscopie, polysomnographie, PET scan ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, quelle anomalie : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de l'examen : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Joignez les copies des comptes rendus d'investigations ou des résultats du test sanguin. Hors imagerie cérébrale (radiographies, IRM, angiographies, pet-scan, scanners cérébraux, magnétoencéphalographie) ou compte rendu d'imagerie cérébrale.

Numéro de l'adhésion : Nom : Prénom : Né(e) le : **Situation future**

11	Au cours des 6 prochains mois , à votre connaissance devez-vous : - être hospitalisé(e) (y compris pour moins de 24 heures), - être opéré(e), - effectuer un examen ou une consultation à visée diagnostique hors les consultations de suivi (ophtalmologique, gynécologique ou dentaire) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, motifs :	Date :
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je certifie l'exactitude de toutes les réponses et renseignements apportés à ce questionnaire.

J'ai connaissance des conséquences possibles de toutes fausses déclarations intentionnelles ou non intentionnelles, réticences et omissions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances à savoir la nullité du contrat, l'augmentation de la prime, la résiliation du contrat ou encore la réduction de l'indemnité.

Dès lors qu'elles y sont nécessaires, je consens à ce que mes données de santé soient traitées en vue de l'établissement, de la gestion et de l'exécution de mon contrat et de tout autre contrat dont la mobilisation des garanties devrait être étudiée, y compris aux fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement s'opère dans le respect de la confidentialité renforcée applicable à cette nature de données.

Fait à : Le :

Signature de la personne à assurer

Les documents sont destinés au :

Service Médical Tarification – Assurance de Personnes – 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 9.

Veuillez indiquer « lettre confidentielle » sur l'enveloppe ou utiliser l'enveloppe disponible auprès de votre conseiller.

Vous trouverez dans la notice d'information du contrat, ainsi que sur acm.fr, les plus amples renseignements quant à l'utilisation de vos données personnelles et l'exercice de vos droits.

DOCUMENT D'INFORMATION AERAS

À destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)

OCTOBRE 2022

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier sous deux conditions :

- si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions ci-dessus et afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met 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, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une hépatite virale C de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;
- d'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :
 - les caractéristiques des pathologies, (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent 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- Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention

1.1. Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

1.2. Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli », si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C, sous réserve que :

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

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. Les conséquences de la maladie cancéreuse, de l'hépatite virale C ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

→ Vos droits

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2 vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse ou d'hépatite virale C 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 aux maladies cancéreuses ou à l'hépatite virale C mentionnées au 1.2 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) *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 ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués 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 ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

- 1/2 -

2- Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

2.1. Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000 €, sans tenir compte des crédits relais et ni de l'encours déjà assuré ; soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 € pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

2.2. Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes.

a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :

- la grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;
- elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du protocole thérapeutique⁽³⁾ (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie ;
- pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.

→ Vos droits

Aucune surprime ni exclusion de garantie liée à un antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste II):

- la grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidé), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;
- pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.

→ 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 si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence.

3- Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies.

Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

(3) *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 ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.