

Questionnaire de santé simplifié

TRES IMPORTANT

Confidentialité : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé simplifié, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé simplifié sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante : Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex. Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu Oui à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e)** à transmettre ce questionnaire de santé simplifié sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse ci-dessus.

Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est **nul**, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), 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(e) a été sans influence sur le sinistre.

Prenez connaissance avec une attention particulière du 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. Ce document d'information figure en annexe.

Lisez très attentivement le questionnaire de santé simplifié ci-après : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire de santé simplifié qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Vous pouvez le compléter, à votre convenance, sur le lieu de vente ou à votre domicile.

MERCI DE VERIFIER

- 1) que vous avez bien renseigné vos nom, prénom et date de naissance
- 2) que vous avez bien complété ce questionnaire de santé simplifié dans sa totalité, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire
- 3) que vous avez dûment daté et signé ce questionnaire de santé simplifié

Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
 Adresse : Code Postal : Ville :
 Profession :
 Nom du contractant : **AgriLend** N° contrat : **6070 / 200143**

Votre taille : cm Votre poids : kg

<p>1 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ? Nature de l'hospitalisation : Date(s) : Nature de l'intervention chirurgicale : Date(s) :</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>2 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous : a) consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche, ...) ? Précisez : Date(s) : b) consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage ...) ? Précisez : Date(s) : c) eu un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de 30 jours ? Cause de l'arrêt de travail : Durée de l'arrêt de travail : Date(s) : Nature du traitement médical : Date(s) :</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>3 - Etes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? Pourquoi ? : Date(s) : Durée (s) :</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>4 - Etes-vous, actuellement, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? Pour quelle raison ? Depuis quelle date ? Date prévue de la reprise :</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>5 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle ...) ? Pour quelle raison ? Nature du suivi médical ou du traitement médical : Depuis quelle date ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>6 - Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ? Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>7 - Dans les 6 prochains mois, est-il prévu que vous alliez passer des examens (hors bilan de santé) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale (hors maternité) ? Nature des examens : Date(s) : Pourquoi ? Nature du traitement médical : Type de l'intervention chirurgicale : Pourquoi ? Date(s) :</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé. Nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante : Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

<p>Fait à</p> <p>Le</p>	<p>Signature de la personne à assurer (précédée de la mention « lu et approuvé »)</p>
-------------------------------------	--

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

Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent.

Ce « droit à l'oubli » signé le 02/09/2015 entre les pouvoirs publics, les établissements de crédit et de financement, les organismes d'assurance et les associations de malades et de consommateurs, vous est applicable sous réserve des deux conditions cumulatives suivantes :

1) Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositions relatives au « droit à l'oubli », il est nécessaire que :

- Votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- Votre demande d'assurance porte sur :
 - o Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 Euros ;
 - o Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 Euros 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.

2) Conditions médicales :

Si votre projet réunit les critères définis au 1), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si :

a) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée **avant votre 18^{ème} anniversaire** :

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

Alors vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;

Ou bien

b) Lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée **à compter de votre 18^{ème} anniversaire** :

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

Alors vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2)a) et 2)b), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées aux 2)a) et 2)b) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

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 thérapie 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.