Avantage Emprunteur

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE

Relatif au contrat AVANTAGE EMPRUNTEUR

PERSONNE A ASSURER

Qualité : M. ☐ Mme ☒
Nom et prénom : QUESTIONNAIRE SANTE
Date de naissance : 01/01/1987

PROTECTION DES DONNEES 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.

Dans les conditions prévues par la réglementation, vous avez la possibilité de :
- 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 délégataire de gestion** tel que mentionné à la notice d'information.

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.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. Nous vous remercions de nous faire part de votre choix en cochant l'une des deux cases suivantes :

☐ **OUI** j'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par MULTI IMPACT, l'assureur, ses médecins conseils, médecins experts mandatés et ses réassureurs pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire.

☐ **NON** je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par MULTI IMPACT, l'assureur, ses médecins conseils, médecins experts mandatés et ses réassureurs pour l'adhésion au contrat et son exécution.

En cochant la case Non, nous ne pourrons pas donner suite à votre demande.

DECLARATION DE SANTE

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur.
Conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, enrichie par la loi du 28 février 2022, la convention AERAS met en place des dispositifs permettant de favoriser l'accès à l'assurance des proposants présentant un risque aggravé de santé (consultable sur le site www.aeras-infos.fr).
Dans ce cadre, vous ne devez pas déclarer dans le présent questionnaire les pathologies cancéreuses et l'hépatite virale C dont la fin du protocole thérapeutique *(*)* remonte **à plus de 5 ans**.

(*) ***Fin du protocole thérapeutique*** *:*

- *Pour un cancer, 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.*
- *Pour une hépatite virale C, il s'agit de la date de la fin des traitements antiviraux, en l'absence de rechute (**).*

(**) 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.*

Par ailleurs, une grille de référence établit une liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, pour lesquelles les assureurs doivent suivre certaines conditions d'accès à l'assurance, selon des critères précisément fixés.
Pour bénéficier du droit à l'oubli et de l'application de la grille de référence, le terme de votre contrat de prêt doit intervenir avant votre 71ème anniversaire.

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09.
Entreprise régie par le Code des assurances.

Avantage Emprunteur

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE *(suite)*

PERSONNE A ASSURER

Qualité : M. ☐ Mme ☒
Nom et prénom : QUESTIONNAIRE SANTE
Date de naissance : 01/01/1987

VEUILLEZ REPONDRE EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS EN COCHANT LA CASE OUI ou NON

VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

ACTUELLEMENT :

1. Êtes-vous en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raisons de santé (hors congé légal de maternité) Si oui, pour quelles raisons ? _____ _____ Depuis quelle date ? _____ Nature suivi ou traitement : _____ Date prévue de la reprise en cas d'arrêt de travail : _____	☐ OUI	☐ NON
2. Suivez-vous actuellement un traitement médical (hors contraception et hors affections saisonnières) ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, soins acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, rayons, chimiothérapie, radiothérapie) ? Si oui, pour quelles raisons ? _____ Depuis quelle date ? _____ Nature suivi ou traitement ? _____	☐ OUI	☐ NON
3. Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou d'une Allocation d'une pension pour Adulte Handicapé ? Si oui, depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____ Quel taux ? _____	☐ OUI	☐ NON
4. Etes-vous pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (ALD - Affection Longue Durée) ? Si oui, pourquoi ? _____ Date : _____ Durée : _____	☐ OUI	☐ NON
5. Avez-vous déjà effectué une demande d'assurance de prêt dans le cadre de la convention AERAS qui aurait été refusée totalement ou ajournée pour raison médicale au cours des 5 derniers mois ?	☐ OUI	☐ NON

VOS PATHOLOGIES ET HOSPITALISATIONS ANTERIEURES

AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES:

6. Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours consécutifs ? Si oui, dates : _____ Durées : _____ Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____	☐ OUI	☐ NON
7. Avez-vous été pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (ALD - Affection Longue Durée) ? Si oui, Pourquoi ? _____ Date(s) : _____ Durée(s) : _____	☐ OUI	☐ NON

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09.
Entreprise régie par le Code des assurances.

Avantage Emprunteur

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE *(suite)*

VOS PATHOLOGIES ET HOSPITALISATIONS ANTERIEURES

8. Avez-vous consulté pour des affections de la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique, névralgie cervico brachiale, cruralgie, tassement vertébral ou toute autre pathologie disco vertébrale ?) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche ou toute autre pathologie rhumatismale) ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
9. Avez-vous consulté pour des troubles psychiatriques et/ou psychiques (anxiété, dépression, fibromyalgie, stress, surmenage, burn-out, névrose, psychose, anorexie mentale ou tout autre trouble psychiatrique ou psychique) ? Si oui, quelle(s) pathologie(s): _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
10. Avez-vous consulté pour troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite, BPCO, syndrome d'apnée du sommeil ou tout autre trouble respiratoire) ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
11. Avez-vous consulté pour des troubles cardiovasculaires : souffle cardiaque, infarctus, angor, artérites, AVC, HTA ou tout autre trouble cardiovasculaire ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
12. Avez-vous consulté pour des troubles du métabolisme (diabète, affections de la thyroïde, cholestérol), ou tout autre trouble du métabolisme ou maladie du sang ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
13. Avez-vous consulté pour des troubles neurologiques (exemples : sclérose en plaques, épilepsie, paralysie, accident cérébral, céphalées ou tout autre trouble neurologique) ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
14. Avez-vous consulté pour une tumeur, une pathologie cancéreuse ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Précisez la date de diagnostic : _____ Quel traitement avez-vous suivi (exemples : laser, hormonothérapie, radiothérapie ou chimiothérapie) ?_____	☐ OUI	☐ NON
15. Avez-vous consulté pour tout autre trouble médical non cité dans les questions précédentes (exemples : maladies du foie, du pancréas, des vois biliaires, des reins, des voies urinaires, de la prostate, du colon, du rectum (Crohn, RCH), maladies infectieuses, maladies de la sphère O.R.L. (troubles de l'audition, vertiges), maladies cutanées (eczéma, psoriasis), des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie), affection gynécologique) ? Si oui, quelle(s) pathologie(s) : _____ Quel(s) traitement(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON

Nous vous remercions de joindre tout document en rapport avec votre déclaratif de santé : copie du compte-rendu d'hospitalisation, opératoire, histologique, de radiologie, d'ordonnances de soins et traitements, de bilan médical (diabétologue, oncologue, endocrinologue, cardiologue, neurologue), de bilan biologique..

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09.
Entreprise régie par le Code des assurances.

Avantage Emprunteur

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE *(suite)*

VOS PATHOLOGIES ET HOSPITALISATIONS ANTERIEURES

AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES

16. Avez-vous été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) et/ou des examens paracliniques ayant révélé des anomalies ? Si oui, Nature de l'hospitalisation / de l'intervention / de(s) examen(s) : _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON
17. Avez-vous été en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (maladie et/ou accident) pendant plus de 21 jours consécutifs ? Si oui, pour quelle raison ? _____ Durée de l'arrêt de travail : _____ A quelle(s) date(s) : _____ Nature du traitement médical : _____ Nature des blessures et séquelles si accident : _____	☐ OUI	☐ NON
18. Avez-vous effectué un test de dépistage portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ? Si oui, Le(s)quel(s) : _____ Date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON

VOS PATHOLOGIES ET HOSPITALISATIONS FUTURES

19. Devez-vous, dans les 6 prochains mois 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) ? Si oui, nature des examens : _____ A quelle(s) date(s) : _____ Pourquoi ? _____ Nature du traitement médical : _____ Type de l'intervention chirurgicale : _____ Pourquoi ? _____ A quelle(s) date(s) : _____	☐ OUI	☐ NON

VOS TAILLE ET POIDS

20. Votre Taille _____ cm Votre Poids _____ kg
Votre Pression artérielle si connue _____ / _____

Nous vous remercions de joindre tout document en rapport avec votre déclaratif de santé : copie du compte-rendu d'hospitalisation, opératoire, histologique, de radiologie, d'ordonnances de soins et traitements, de bilan médical (diabétologue, oncologue, endocrinologue, cardiologue, neurologue), de bilan biologique..

DECLARATIONS

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 une et fausse déclaration 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.
Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie.

Je déclare être pleinement informé(e) 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 médicale 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 » annexé à ce questionnaire.
Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet de l'assurance, à défaut l'adhésion est nulle.

Fait à _____, le ____/____/_____
Signature de la personne à assurer :

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09
Entreprise régie par le Code des assurances.