
Questionnaire de santé

NOUS VOUS CONSEILLONS VIVEMENT DE CONSERVER UNE COPIE DE CE DOCUMENT. Elle vous sera demandée en cas de sinistre

TRES IMPORTANT

Confidentialité : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur – SSN/çaassure – CS 60021 – 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille Cedex 10. 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 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 ci-après : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire de santé 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, date de naissance, adresse et profession ;
2. Que vous avez bien complété ce questionnaire **en totalité**, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire, les traits et les mentions RAS n'étant pas considérés comme des réponses ;
3. Que vous avez dûment daté et signé ce questionnaire de santé.

A défaut, notre médecin conseil ne pourrait étudier votre dossier

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org

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

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCA et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en œuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en œuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au 2. 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 :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont 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.
- Votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71ème anniversaire.

2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1. 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 thérapeutique¹ remonte à plus de 5 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de rechute² de votre maladie.

Vos droits : 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 vos 18 ans* :

- si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte à plus de 10 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
- et s'il n'a pas été constaté de rechute² de votre maladie,

Vos droits : 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 2.1, 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 au 2.1 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.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1., que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1 et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique¹ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

3. Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies 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 sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront 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 AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies 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 2.1 a) et au 2.1 b).

** L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.*

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site internet 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 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, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Né(e) le _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Ville _____
 Profession : _____

1 – Votre taille..... cm Votre poids..... kg Votre tension artérielle (derniers chiffres connus)...../.....

Merci de lire attentivement les questions ci-dessous et d'y répondre par « Oui » ou par « Non »
Toute question sans réponse retarde l'étude de votre dossier

Merci de donner toutes les précisions nécessaires
Toute imprécision retarde l'étude de votre dossier

2 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) Non Oui

➤ Nature de l'hospitalisation.....
 ➤ Date(s).....
 ➤ Nature de l'intervention chirurgicale.....
 ➤ Date(s) :

3 - Au cours des 10 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 ...) Non Oui

➤ Précisez.....
 ➤ Date(s) :

b) consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage ...) Non .. Oui

➤ Précisez.....
 ➤ Date(s) :

c) consulté pour un souffle cardiaque..... Non Oui

➤ Précisez.....
 ➤ Date(s) :

d) consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante ...) Non Oui

➤ Précisez.....
 ➤ Date(s) :

e) été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de 21 jours ..
 Non Oui

➤ Laquelle.....
 ➤ Durée de l'arrêt de travail : :.....
 ➤ Nature du traitement médical :

f) été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de 21 jours Non Oui

➤ Date de l'accident.....
 ➤ Nature des blessures.....
 ➤ Durée de l'arrêt de travail.....
 ➤ Nature du traitement médical.....

➤ S'il subsiste des séquelles, lesquelles

g) suivi un traitement par laser, radiothérapie ou chimiothérapie Non Oui

➤ Précisez :

➤ Date de début du traitement :

➤ Date de fin du traitement

4 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » Non Oui

➤ Lequel ou lesquels.....
 ➤ Date(s) :

5 - 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..... Non Oui

➤ Pourquoi.....
 ➤ Date(s) :

➤ Durée(s).....

6 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée et/ou avez-vous subi des examens médicaux (exemples : radiologie, cardiologie, laboratoire ...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique Non Oui

➤ Date(s) :

➤ Durée(s).....

➤ Lesquels.....

➤ Pourquoi.....

➤ Résultats (joindre si possible).....

7 - Etes-vous, actuellement, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé(hors congé légal de maternité)..... Non Oui

➤ Pourquoi.....

| | |
|---|---|
| | ➤ Depuis quelle date ➤ Date de reprise prévue..... |
| 8 - 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 ...) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Pourquoi..... ➤ Depuis quelle date ➤ Nature du suivi médical ou du traitement médical |
| 9 - Etes-vous titulaire ou une demande est-elle en cours : | |
| a) d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Pourquoi..... ➤ Depuis quelle date ➤ Quel taux ou quelle catégorie ➤ Organisme qui verse la prestation |
| b) de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Pourquoi..... ➤ Depuis quelle date ➤ Quel taux..... |
| 10 - Etes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Précisez ➤ Date(s) : |
| 11 - Etes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Précisez ➤ Origine : |
| 12 - Est-il prévu que, dans les 12 prochains mois, vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique, faire l'objet d'une consultation spécialisée, d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Date(s) ➤ Pourquoi..... ➤ Nature des examens ➤ Nature du traitement médical..... ➤ Nature de l'intervention chirurgicale..... |
| 13 - Etes-vous fumeur ou avez-vous été fumeur au cours des 24 derniers mois (dont cigarette électronique) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Date de début..... ➤ Consommation journalière |
| 14 - Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Consommation journalière ➤ Lesquels..... |
| 15 - Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Depuis quand ➤ Jusqu'à quand..... |
| 16 - Pratiquez-vous un sport à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves ...) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ¹ | ➤ Lequel |
| 17 - Pratiquez-vous régulièrement et/ou en club et/ou en fédération, un ou plusieurs sports ou une ou plusieurs activités <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | ➤ Lesquels |
| 18 - Etes-vous amenés à séjourner, à titre personnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ² | (Si, oui, questionnaire risque de séjour à compléter) |

Je soussigné (e) _____ certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations.

Les données collectées par l'assureur sont nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution de l'adhésion et ont pour base juridique l'exécution de mesures contractuelles.

Ces données peuvent aussi être utilisées pour la lutte contre la fraude, et dans certains cas conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cas elles ont pour base juridique l'intérêt légitime de l'Assureur.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont destinées aux médecins conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

¹ Si oui, joindre le questionnaire correspondant au sport pratiqué

² Si oui, joindre le questionnaire Risque Séjour

Vous disposez de droits sur vos données personnelles que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'assureur :

- droit de prendre connaissance des informations, et le cas échéant de demander à les compléter ou corriger notamment en cas de changement de situation (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition).
- enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez personnellement fournies dans le cadre de votre adhésion ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation (droit à la portabilité des données).

Pour une information détaillée concernant vos données personnelles, vous pouvez vous reporter au site internet de votre assureur ou vous adresser au Délégué à la Protection des Données : contactdpo@groupama.com

- J'accepte expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé dans ce cadre.
 J'ai la faculté de retirer ce consentement si je le souhaite

Fait à

Le

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

NOUS VOUS CONSEILLONS VIVEMENT DE CONSERVER UNE COPIE DE CE DOCUMENT.
Elle vous sera demandée en cas de sinistre