

FORMALITÉS MÉDICALES

UNE DÉMARCHE SIMPLIFIÉE

Des formalités médicales sont nécessaires pour étudier dans les meilleures conditions votre demande d'adhésion à votre (vos) contrat(s) d'assurance de prêt(s).

Celles-ci dépendent de votre âge (année en cours moins année de naissance) et des capitaux que vous souhaitez garantir selon la grille ci-dessous. Ces niveaux de formalités médicales s'appliquent sur le montant total de capitaux Décès cumulés assurés, sur la tête d'une même personne.

COMMENT ACCOMPLIR VOS FORMALITÉS MÉDICALES ?

• Généralités

Vous êtes invité à transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Consultant de Sphéria Vie à l'adresse suivante : SPHERIA Vie - A l'attention du Médecin Consultant - 10 rue Emile Zola - BP 1423 - 45004 ORLEANS CEDEX 1

• Formalités

Pour faciliter vos démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par Sphéria Vie.

Nous avons sélectionné trois partenaires. Vous voudrez bien prendre rendez-vous par téléphone avec l'un d'entre eux :

- CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances) **N°Azur 0 810 332 932** (coût appel local)
- CIVEM (Centre International de Visites et Expertises Médicales) **N°Azur 0 810 12 12 12** (coût appel local)
- ARM (Analyse Risque Médical) **N°Azur 0 810 72 50 00** (coût appel local) *SPH.SPHERIA VIE*

Le jour de votre rendez vous, merci de vous présenter à jeun et de vous munir des documents suivants :

- la présente lettre
- le rapport médical confidentiel qui vous a été remis par votre conseiller
- une pièce d'identité

Si vous effectuez vos examens médicaux dans l'un des trois centres sélectionnés par Sphéria Vie, nous prenons en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par les éventuels examens à conduire.

Toutefois, si vous ne souhaitez pas utiliser l'un des trois réseaux précités, mais préférez faire appel à des praticiens et laboratoires de votre choix, nous vous rappelons que la prise en charge des honoraires est limitée pour les examens cliniques et cardiovasculaires à 5€ par acte et pour les examens de laboratoire aux frais réels.

Capitaux décès	de 20 à 45 ans	de 46 à 55 ans	de 56 à 69 ans	de 70 à 79 ans
jusqu'à 75 000 €	DS	QES	QES	QES + RM + BIO
de 75 001 à 150 000 €			QES + RM	QES + RM + BIO
de 150 001 à 250 000 €			QES + RM + BIO	QES + RM + BIO + ECG
de 250 001 à 500 000 €	QES + RM + BIO + TN		QES + RM + BIO + TN	QES + RM + BIO + ECG + ECHO CARDIAQUE + ECBU + TN
de 500 001 à 1 000 000 €	QES + RM + BIO + TN	QES + RM + BIO + ECG + TN	QES + RM + BIO + ECG + ECBU + TN	
Au-delà de 1 000 000 €	Les formalités médicales et financières sont à demander au service Sélection des Risques de SPHÉRIA Vie et l'étude tarifaire doit être traitée au cas par cas.			

En complément des formalités prévues au tableau ci-dessus, pour un capital supérieur à 750 001 euros : **rapport moral et financier**
Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez le(s) questionnaire(s) spécifique(s) "garanties optionnelles".

LEXIQUE :

- DS** : Déclaration d'état de Santé (à compléter, dater et signer par l'assuré : y compris le poids et la taille à compléter s'il y a lieu)
- QES** : Questionnaire Etat de Santé
- RM** : Rapport médical à compléter par un médecin examinateur après examen clinique de l'assuré et avec examen d'urines sur bandelettes.
- ECG** : Compte rendu d'un examen cardio-vasculaire avec tracé d'ECG (de repos) établi par un cardiologue
- ECBU** : Examen cytot bactériologique des urines
- TN** : Test de Nicotine pour les non-fumeurs

- BIO** : Analyses biologiques (hémogramme, glycémie, cholestérol, cholestérol HDL, triglycérides, transaminases, gamma GT, test VIH, antigène HBS, sérologie de l'hépatite C, vitesse de sédimentation globulaire, uricémie, créatinine) + dosage PSA (pour les hommes de 56 ans et plus)

ECHO : Echocardiographie + compte rendu

CARDIAQUE

DECLARATION D'ETAT DE SANTE A COMPLETER, DATER ET SIGNER PAR L'ASSURE

Assuré :

Nom Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : Situation de famille :
Adresse :
Profession et activité professionnelle précise exercée :

Adhérent (si différent de l'assuré) :

Nom/Prénom (ou raison sociale de l'entreprise) :

Je soussigné(e) déclare :

- Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120 (exemple 170cm - 70kg = 100).
☛ A défaut, précisez : votre taille : en cm et votre poids : en kg
- Ne pas suivre un traitement médical ou de kinésithérapie.
- Ne pas être actuellement en arrêt de travail.
- Ne pas avoir suivi de traitement médical pour une affection cancéreuse ou pour une hépatite.
- Ne pas avoir été, **au cours des 5 dernières années**, hospitalisé ou opéré pour maladie ou accident (sauf pour appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement), en arrêt de travail de plus de 30 jours (sauf congé légal de maternité), sous traitement de plus de 3 semaines consécutives.
- Ne pas avoir subi d'examens pratiqués par un médecin, de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) dont les résultats se seraient révélés **anormaux**.
- Ne pas bénéficier d'une prise en charge à 100 % par le régime obligatoire pour une affection de longue durée et ne pas avoir fait de demande en ce sens.
- Ne pas devoir prochainement, être hospitalisé même en hôpital de jour, subir d'examens médicaux de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...).
- Ne pas devoir séjourner **à titre professionnel** en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

L'assuré, par sa signature apposée au présent document, certifie de façon sincère qu'il répond à l'ensemble des déclarations énoncées ci-dessus. S'il ne peut pas signer cette déclaration, il doit systématiquement remplir, dater et signer un « Questionnaire Etat de Santé ».

Toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance.

Fait à : le :

Signature de l'assuré
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

QUESTIONNAIRE "ÉTAT DE SANTÉ"

À COMPLÉTER DANS SA TOTALITÉ, DATER ET SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter dans sa totalité et avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer votre demande. **Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Consultant, ou par tous moyens de votre convenance.**

Le Médecin Consultant de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (ordonnance ; bilans biologiques, sanguins, urinaires ; comptes-rendus radiologiques, cardiologiques, d'hospitalisation, opératoires ; autres).

Nom et Prénoms (suivis s'il y a lieu du nom d'époux) :
 Date de naissance et nationalité :
 Domicile :
 Situation de famille :
 Profession (avec détail) :
 Pratiquez-vous un sport (y compris l'aviation) ? OUI NON Si oui Le(s)quel(s) : Souhaitez-vous être garanti pendant la pratique de ce(s) sport(s) ? OUI NON
 Êtes-vous amené à séjourner **à titre professionnel** en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ? OUI NON
 Souhaitez-vous être garanti pendant ces séjours ? OUI NON
 Fumez-vous ? OUI NON Si oui combien (paquets) ? Consommation journalière d'alcool ? OUI NON Si oui, combien (verres) ?

Taille (cm) :	Poids (kg) :	<input type="radio"/> Droitier	<input type="radio"/> Gaucher	<input type="radio"/> Ambidextre	Répondre	En cas de réponse positive, donner toutes précisions utiles : A quelles dates ? Pour quelles raisons ? Natures et durées des traitements ? Conséquences et séquelles ?
Tension artérielle habituelle :	Est-elle traitée ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	OUI ou NON		
1/ a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ? b) Suivez-vous actuellement un traitement médical ou paramédical ou êtes-vous sous surveillance médicale ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2/ Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : a) Maladies cardiaques, vasculaires, respiratoires, rhumatismales, ostéo articulaires, psychiatriques (dont dépression), neurologiques, O.R.L., de la peau, métaboliques, endocriniennes, hépatiques, digestives, rénales, gynécologiques, urologiques ; diabète, élévation du cholestérol ? b) Tumeur, cancer, leucémie ou autre maladie du sang ? c) Maladies infectieuses (bactériennes, parasitaires, virales) dont infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3/ a) Avez-vous été hospitalisé (même en hôpital de jour) et/ou opéré (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) ? b) Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ? c) Avez-vous eu dans les 5 dernières années, une maladie ou des troubles médicaux ayant nécessité des examens particuliers, un traitement médical, régime, autres ? d) Avez-vous subi un traitement par rayons, cobalt, interféron, chimiothérapie ou immunothérapie ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
4/ a) Avez-vous été en arrêt de travail ou en traitement de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ? b) Présentez-vous un handicap ou une infirmité congénital(e) ? c) Êtes-vous ou avez-vous été bénéficiaire d'une prise en charge à 100 % pour affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ? d) d'une rente d'invalidité supérieure à 30 % ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
5/ a) Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C) et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ? b) Dans les 5 dernières années, avez-vous eu des examens dont les résultats auraient été anormaux (analyse de sang, des urines, électrocardiogramme, IRM, scanner, échographie, autres) ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
6/ Devez-vous être hospitalisé, opéré, traité, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens ou bilan médicaux ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
7/ a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance de prévoyance ou de décès ? b) Ces polices d'assurance ont-elles été refusées, ajournées, acceptées avec surprime, acceptées partiellement, acceptées avec exclusion médicale ?					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Fait à le/...../.....

Signature de la personne demandant à être assurée, précédée de la mention « lu et approuvé »

GARANTIES OPTIONNELLES

Nom et Prénoms (suivis s'il y a lieu du nom d'époux) :

Date de naissance :

GARANTIE DOS

- Si vous avez choisi les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente,

souhaitez-vous être garanti pour les affections du dos exclues à la notice d'information ?

OUI NON

Si oui,

- présentez-vous ou avez-vous présenté une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt

de travail ou un traitement de plus de 15 jours (y compris infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?

OUI NON

Si oui, laquelle ?

- avez-vous effectué une imagerie médicale de la colonne vertébrale (radiologie, IRM, scanner...) ?

OUI NON

GARANTIE PSY

- Si vous avez choisi les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente,

souhaitez-vous être garanti pour les affections psychiatriques et psychiques exclues à la notice d'information ?

OUI NON

Si oui,

- suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névroses, schizophrénies, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ?

OUI NON

- avez-vous déjà suivi un traitement de plus de deux semaines en rapport avec une des affections suivantes : dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névroses, schizophrénies, anorexie, boulimie ou toute autre affection psychiatrique ?

OUI NON

- avez-vous présenté un arrêt de travail de trois semaines ou plus en rapport avec une des affections suivantes :

dépressions, troubles névrotiques, psychotiques, tentative de suicide, névroses, schizophrénies, anorexie, boulimie,

ou toute autre affection psychiatrique ?

OUI NON

- avez-vous recours ou avez-vous eu recours à un suivi psychiatrique ?

OUI NON

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Fait à : le :

Signature de la personne demandant à être assuré(e)
(précédée de la mention «lu et approuvé»)