



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

## UGIP CREDIT +



**POUR LES PERSONNES À ASSURER DE MOINS DE 46 ANS ET UN MAXIMUM DE 400.000 € PAR TÊTE ASSURÉE**  
**POUR LES PERSONNES À ASSURER DE MOINS DE 56 ANS ET UN MAXIMUM DE 300.000 € PAR TÊTE ASSURÉE**

L'article L.113-2 du CODE DES ASSURANCES fait obligation à la personne à assurer de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le questionnaire de santé simplifié par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion de l'adhésion au contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. L'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse réponse intentionnelle de la part de l'Assuré. Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé simplifié, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil du service médical de l'assureur.

### PERSONNE À ASSURER

Qualité : Monsieur  Madame

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DÉCLARATIONS DE SANTÉ

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante. D'une manière générale, pour les femmes, dans le cadre d'une grossesse pathologique, tout arrêt de travail ou hospitalisation doit être également déclaré.

Conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, en vue de favoriser l'accès à l'assurance des proposant présentant un risque aggravé de santé, une grille de référence (consultable sur le site [www.aeras-info.fr](http://www.aeras-info.fr)) énonce les pathologies pour lesquelles les assureurs doivent se soumettre à certaines conditions d'acceptation, selon des critères précisément fixés.

**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 (\*) remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance et qu'il n'a pas été constaté de rechute (\*\*) de votre maladie.**

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    Différence Taille - Poids : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de remplir le Questionnaire de Santé		OUI / NON
1	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal) ? (pour un autre motif que : ablation des amygdales ou des végétations, appendicectomie, ablation de la vésicule biliaire, cure d'une hernie ombilicale, crurale ou inguinale, varices des membres inférieurs, hémorroïdes, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale, accouchement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	<b>Arrêts de Travail</b> Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale ? (sauf congé légal de maternité) 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 ? (sauf congé légal de maternité)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	<b>Traitements Médicaux</b> Suivez-vous actuellement un traitement médical ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? (sauf pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ? (sauf pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une maladie de l'appareil digestif, cardiovasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Avez-vous ou êtes-vous titulaire d'une rente ou pension d'invalidité ou pris en charge à 100% pour raisons médicales par un organisme de Sécurité sociale (ALD) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e), y compris en ambulatoire, avec ou sans intervention chirurgicale, ou devez-vous subir des analyses ou des examens dans les 6 prochains mois, ou êtes-vous en attente de résultats d'analyses ou d'examens à visée diagnostique ? (pour un autre motif que : ablation des amygdales ou des végétations, appendicectomie, ablation de la vésicule biliaire, cure d'une hernie ombilicale, crurale ou inguinale, varices des membres inférieurs, hémorroïdes, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale, accouchement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(\*) **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.

(\*\*) **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.



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

## UGIP CREDIT +



**POUR LES PERSONNES À ASSURER DE MOINS DE 46 ANS ET UN MAXIMUM DE 400.000 € PAR TÊTE ASSURÉE**  
**POUR LES PERSONNES À ASSURER DE MOINS DE 56 ANS ET UN MAXIMUM DE 300.000 € PAR TÊTE ASSURÉE**

### PROTECTION DES DONNÉES 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. A 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.

En remplissant le questionnaire médical, vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour ces mêmes finalités.

Dans les conditions prévues par la réglementation :

#### **Vous avez le droit :**

- 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 aux conditions générales.

### DÉCLARATIONS

**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 des réticences et fausses déclarations 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. Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de l'assureur, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés, dont il pourrait avoir besoin.**

**J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment les réassureurs.**

**Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé simplifié sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil du service médical 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 » ainsi que la « Grille de référence » annexés à ce questionnaire.**

**CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST VALABLE 6 MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE+ DU PRESENT DOCUMENT.**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer :