

Bienvenue sur le site www.aeras-courtage.fr .
Afin d'étudier votre demande, vous trouverez ci-dessous le dossier de demande d'admission et le questionnaire de santé.

Votre dossier est traité en 3 temps :

1. Vous nous retournez les documents joints.
2. Nous transmettons votre dossier à la compagnie d'assurance.
3. Nous vous informons de la réponse.

Pour plus de rapidité, vous avez possibilité de scanner les documents afin de les retourner par email à contact@delegassur.fr

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.
DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE
04.77.94.69.02

DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE c'est :

- ✓ Un cabinet de courtage d'assurance spécialisé sur le marché de l'assurance de prêts.
- ✓ Des contacts privilégiés avec une vingtaine de compagnies d'assurances.
- ✓ La couverture de près de 100 millions d'euros pour la seule année 2009.
- ✓ Une expérience de plusieurs années en assurance de prêts (nous assurons plus de 15 000 prêts)
- ✓ Un savoir faire en matière de dossiers « risques aggravés » dans le cadre de la convention AERAS.
- ✓ Un service personnalisé avec un contact téléphonique facilitant vos démarches.

VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE DE PRET :

Afin de savoir dans quelles mesures nous pouvons vous assurer (garanties et coût), vous devez déposer un dossier de demande d'admission.

Pour vous permettre de faire le meilleur choix et de ne pas perdre de temps, nous allons **déposer votre demande auprès de différentes compagnies**. Cela vous permet de gagner du temps dans l'exécution de vos formalités médicales et de faire le **meilleur choix avec la compagnie vous proposant le meilleur rapport garanties/coût**.

Si vous concrétisez votre dossier d'assurance de prêt auprès de notre cabinet, d'éventuels frais de dossier vous seront demandés. Le dépôt de demandes d'adhésion auprès des différentes compagnies est sans engagement de votre part.

Vous trouverez ci-après une demande d'admission DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE à compléter soigneusement qui nous permettra d'interroger les compagnies retenues par notre Cabinet.

Cette démarche ne vous engage nullement.

Merci de compléter et de retourner par courrier SANS AGRAFER LES DOCUMENTS:

DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE
BP 19
ETANG BEGNY
RUE DE CHANTEGRILLET
42210 MONTROND LES BAINS

Ou par email à contact@delegassur.fr

- La **demande d'admission** ci-dessous dans son intégralité dûment complétée et signée.
- Le **questionnaire de santé**.
- Les éléments médicaux en votre possession pour faciliter l'étude de votre dossier.**

Merci de conserver :

- Une **copie de votre dossier** (demande d'admission et questionnaire de santé) **et de vos éléments médicaux**.

INFORMATIONS LEGALES

PRESENTATION

ACTIVITE PRINCIPALE DE COURTAGE D'ASSURANCES
CATEGORIE B

GILLES GONON

DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE
BP 19
ETANG BEGNY
RUE DE CHANTEGRILLET
42210 MONTROND LES BAINS

Téléphone 04 77 946 902
email contact@delegassur.fr

IMMATRICULATIONS LEGALES

RCS MONTBRISON n° 349 051 151
SIRET 349 051 151 00042
APE 672Z
N° ORIAS GONON Gilles 07002745 vérifiable sur www.orias.fr
ORGANISME DE CONTROLE ET DE RECOURS
ACAM
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles
61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09
Tel 01 55 50 41 41

INFORMATIONS DIVERSES

Cabinet de Courtage sans lien financier avec une ou plusieurs entreprises d'assurances, et sans clause d'exclusivité avec une ou plusieurs entreprises d'assurances, ne pouvant fonder ses conseils sur une analyse objective du marché.
Nous tenons à votre disposition la liste des entreprises avec lesquelles nous travaillons.

Conformément à la législation en vigueur, seront remis à l'assuré la fiche conseil d'information standardisée ainsi que les conditions générales du contrat de la compagnie retenue.

DEMANDE D'ADMISSION ASSURANCE DE PRET DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE

Merci de compléter chaque encadré.

1. ASSURE

Civilité	Personne à assurer		
	Mr	Mme	Mlle
Vos nom et prénom			
Nom de jeune fille			
Votre date de naissance			
Lieu de naissance et département			
Nationalité			
Votre Profession précise			
Secteur d'activité			
Contrats de travail : CDI, CDD, Intérim, Saisonnier			
Statut (cadre, non cadre, commerçant, artisan, exploitant agricole, fonctionnaire (catégorie A, B ou C), profession libérale, chef d'entreprise)			
Manutention		O OUI O NON	
Travail à plus de 15 m du sol		O OUI O NON	
Nombre de km annuels sur route personnels			
Nombre de km annuels sur route professionnels (en véhicule terrestre à moteur hors trajets domicile-travail)			
Travail à l'étranger		O OUI O NON	
Si oui, dans quels pays ?			
Faites-vous du sport ?		O OUI O NON	
Si oui, lesquels ?			

Adresse actuelle :

Rue : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

2. ADHERENT (si différent de l'assuré ; cas notamment si présence d'une SCI ou prêt professionnel)

Nom ou raison sociale : _____

Adresse complète : _____

3 PRETS

OBJET DU FINANCEMENT :

- Résidence principale (1^{ère} acquisition : OUI NON)

 Investissement locatif
- Prêt professionnel

 Crédit bail
- Prêt à la consommation

 Autres : _____

ORGANISME PRETEUR :

- Nom : _____
- Adresse : _____
- Code Postal : _____ Ville : _____
- Nom du correspondant : _____
- TEL : _____ EMAIL : _____

Date :

Signature Assuré

3/10

CARACTERISTIQUES DE VOS PRETS :

Cadre à compléter
ou fournir la simulation de financement de votre banquier (tableau récapitulatif).

	prêt 1	prêt 2	prêt 3	prêt 4	prêt 5
MONTANT					
DUREE TOTALE	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois
DIFFERE D'AMORTISSEMENT	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois
TAUX	%	%	%	%	%
TYPE DE TAUX (variable, fixe)					
TYPE DE PRET (amortissable, relais, in fine, à palier...)					
PALIER OU LISSAGE EVENTUELS précisez les durées et mensualités hors assurance :					

QUOTITE ASSUREE :					
1 ^{ER} ASSURE	%	%	%	%	%

CARACTERISTIQUE DE L'ASSURANCE :

Date d'effet de l'assurance (correspond à la date prévisible de signature de l'offre de prêt) : __/__/__.

Vous souhaitez que l'assurance ait les caractéristiques suivantes:

		1er assuré
Formule 1:	Garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	O OUI ONON
Formule 2:	Formule 1 + Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale	O OUI O NON
Formule 3:	Formule 2 + Invalidité Permanente Partielle	O OUI O NON
Formule 4:	Garantie Chômage, Perte d'Emploi	O OUI O NON

Au regard des informations et des besoins exprimés, et compte tenu des caractéristiques propres à votre dossier, nous interrogerons plusieurs compagnies simultanément.

Nous attirons votre attention sur l'intérêt que la souscription de ce contrat ou d'un contrat similaire peut présenter, le cas échéant, pour vos co-emprunteur(s) et caution(s).

Complété, préalablement à la conclusion du ou des contrat(s).

4 ETAT DE VOTRE PROJET

Avez-vous déposé une **demande d'assurance** de prêt **auprès de votre banquier** ? O OUI O NON

Si oui, avez-vous obtenu la réponse ? O OUI O NON

Quelles garanties ? _____

Quel tarif ? (coût par mois ou taux d'assurance) : _____

Avez-vous déposé une **demande d'assurance** de prêt **auprès d'un autre assureur** ? O OUI O NON

Si oui, auprès de quelle compagnie ? _____

Si oui, avez-vous obtenu la réponse ? O OUI O NON

Quelles garanties ? _____

Quel tarif ? (coût par mois ou taux d'assurance) : _____

CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES :

SECRET MEDICAL : Merci de signer l'un ou l'autre des choix ci-dessous :

LEVEE DU SECRET MEDICAL

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____ déclare autoriser le Cabinet DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE courtier en assurances à prendre connaissance des éléments médicaux que je lui ai transmis afin qu'il me propose les meilleures conditions d'acceptation à ma demande d'adhésion à l'assurance de prêt(s) déposée auprès de lui.

J'accepte également d'ores et déjà qu'il les transmette au Médecin Conseil de la ou des Compagnies d'Assurances interrogées si nécessaire.

Compte tenu de la levée du secret médical concernant les éléments de mon état de santé, je renonce à tout recours à l'encontre du Cabinet DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE et du Médecin Conseil de la Compagnie d'Assurances, notamment à me prévaloir de l'article 226-13 du Code Pénal.

Fait à _____ le _____
Signature de l'assuré
De la main de l'assuré(e) précédée de la mention « lu et approuvé »

OU

NON LEVEE DU SECRET MEDICAL

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____ ne souhaite pas lever le secret médical pour ma demande d'assurance et préfère la confidentialité de mon dossier. J'insère le questionnaire de santé et les documents complémentaires éventuels dans 5 enveloppes closes à l'attention du Médecin-Conseil qui permettront à DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE d'interroger plusieurs compagnies d'assurance.

Fait à _____ le _____
Signature de l'assuré

DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR

JE FUME ou JE SUIS ANCIEN FUMEUR DEPUIS MOINS DE 24 MOIS.

JE SUIS ANCIEN FUMEUR DEPUIS PLUS DE 24 MOIS.

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé même à titre occasionnel comme indiqué ci-dessus et qu'en cas d'arrêt de tabac antérieur à 24 mois, cet arrêt n'a pas été motivé par la demande express du corps médical. En outre, je dois informer l'Assureur si je recommence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

JE N'AI JAMAIS FUME

Je dois informer l'Assureur si je commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Fait à _____ le _____
Signature de l'assuré

DISPOSITION LEGALES

Je soussigné, _____

- Je recevrais dès demande de ma part et validation de mon dossier d'adhésion conformément à la législation en vigueur la fiche conseil d'information standardisée ainsi que les conditions générales du contrat de la compagnie retenue.
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entraînera la nullité de l'assurance (Article L 113-8 du Code des Assurances). Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée.
- Reconnais avoir été informé(e) que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur ; de droit s'exerce au siège de l'Assureur (Loi 78.17 du 06/01/1978).

Fait à _____ le _____
Signature de l'assuré

MANDAT

Je soussigné, _____

- Donne mandat au Cabinet DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE pour effectuer en mon nom la recherche de contrats afin de garantir les prêts objet de la présente demande. Mon attention est attirée sur le fait que les informations me concernant servent de support à l'instruction de mon dossier. J'atteste en avoir lu et vérifié les différents points. Je suis informé que je peux interrompre ma demande à tout moment sur simple demande écrite adressée à DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE.

Questionnaire médical

A compléter, dater, signer et renvoyer sous enveloppe close.

Recommandations importantes : Ce questionnaire doit être obligatoirement complété de la main de la personne à assurer. Il doit être répondu de manière claire, précise et lisible à l'ensemble des questions. Attention, pas de rature, surcharge.

Ces informations sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté conformément à la loi de 1978 modifiée en 2004).

Personne à assurer

NOM _____ Prénoms _____ Date de naissance __/__/____

Votre activité professionnelle :

Profession précise : _____

Description exacte de l'activité : _____

Si vous ne travaillez pas, êtes-vous demandeur d'emploi O oui O non

Quelle est votre branche d'activité ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Artistique | <input type="radio"/> Sécurité | <input type="radio"/> Communication |
| <input type="radio"/> Finance | <input type="radio"/> Fonction publique | <input type="radio"/> Métier de la mer |
| <input type="radio"/> Restauration, hôtellerie, tourisme | <input type="radio"/> Commerce et artisanat | <input type="radio"/> Transport et logistique |
| <input type="radio"/> Bâtiment travaux publics | <input type="radio"/> Industrie | <input type="radio"/> Métier de la terre |
| <input type="radio"/> Santé | <input type="radio"/> Droit | <input type="radio"/> Autre, à préciser : _____ |

L'exercez-vous ? O en travail saisonnier O en activité intermittente O à l'étranger, où : _____

Etes-vous salarié ? O oui O non

Votre activité professionnelle nécessite t'elle un travail manuel ? O oui O non

Votre activité professionnelle ou des actions humanitaires impliquent-t-elles des séjours hors de France Métropolitaine ? O oui O non

Si oui dans quels pays ? _____

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? O oui O non

Si oui lesquels ? _____

Résidez-vous ou êtes-vous expatrié en dehors de France métropolitaine ? O oui O non

Si oui où ? _____

Activités sportives et de loisirs :

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ? O oui O non

(L'activité aérienne et la randonnée sont considérés comme telles) Si oui précisez lesquels et leur fréquence : _____

Souhaitez-vous être couvert pour ces risques ? O oui O non

Participez-vous à des compétitions : O oui O non Si oui lesquelles ? _____

Etes-vous licencié sportif : O oui O non Si oui lesquels ? _____

Pratiquez-vous ces sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération ? O oui O non

Votre état de santé

1/ Taille en cm : _____ **Poids en kg :** _____ **Perte de poids depuis un an ?** oui non
Tension artérielle : ___/___ **Est-elle traitée ?** oui non
2/ Etes-vous ? droitier gaucher ambidextre
Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ? oui non **Si oui, pourquoi ?** _____
Consommez-vous des boissons alcoolisées ? oui non **Si oui quantité par jour :**
O vin : ___cl **O bière :** ___cl **O apéritif :** ___cl **O alcool :** ___cl
Fumez-vous ? oui non **Si oui quantité par jour :** Cigarettes : __ Cigares : __ Pipes : __
Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogue) ? oui non
Si oui lesquels : _____ **Jusqu'à quand ? :** _____

QUESTIONS	REPONDRE PAR OUI OU PAR NON	SI OUI, DONNER TOUTE PRECISION (lequel, motif, date, durée, résultat...)
3/ Etes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel suite à maladie ou accident ?		
4/ Suivez-vous actuellement un traitement ou des soins médicaux ? Ou êtes-vous sous surveillance médicale ?		
5/ Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 3 semaines consécutives ?		
6/ Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un traitement de plus de 3 semaines consécutives ?		
7/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont le résultat a nécessité une surveillance médicale et/ou un traitement de plus de 15 jours ? (bilan sanguin, test hépatique, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, électroencéphalogramme, scintigraphie, artériographie, etc....) <i>(joindre copie des examens)</i>		
8/ Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, établissement thermal, autre établissement de soins ou subi une intervention chirurgicale ? <i>(joindre comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)</i>		

QUESTIONS	REpondre par OUI ou PAR NON	SI OUI, DONNER TOUTE PRECISION (lequel, motif, date, durée, résultat...)
9/ Devez-vous être hospitalisé dans les 12 prochains mois ?		
10/ Devez-vous dans les 12 prochains mois subir des examens médicaux, subir une intervention chirurgicale ou suivre un traitement médical ?		
11/ Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite (VHB, VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?		
12/ Avez-vous une infection conséquence d'une Immunodéficience acquise ?		
13/ Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ?		
14/ Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'incapacité permanente ?		
15/ Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?		
16/a Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ?		
16/b Etes-vous pris en charge à 100% par votre régime d'assurance maladie ?		
17/a Avez-vous été victime d'accident(s) ayant laissé des séquelles ?		
17/b Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?		
18/a Etes-vous ou avez-vous été traité par radiothérapie, chimiothérapie, cobaltothérapie, immunothérapie, ou par INTERFERON ?		
18/b Avez-vous subi un traitement par substances radioactives ou une transfusion sanguine.		
19/ Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ? a/ Tuberculose, embolie pulmonaire, asthme, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?		
b/ Infarctus, hypertension, artérite, troubles du rythme, accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, malformation, cardiopathie, maladie coronarienne varices, valvulopathie, troubles cardiaques ou vasculaires ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?		

QUESTIONS	REpondre par OUI ou par NON	SI OUI, DONNER TOUTE PRECISION (lequel, motif, date, durée, résultat...)
C/ Hémorragie digestive, affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon, du rectum, de l'anus, du foie, (hépatite, cirrhose...) de la vésicule ou du pancréas, hernie ulcère, sang dans les selles, amibiase, ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou de l'abdomen ?		
d/ Coliques néphrétiques, insuffisance rénale, albuminurie, affections gynécologiques et de la prostate, cystite, maladies sexuellement transmissibles affection des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux, sang dans les urines ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?		
e/ Anémie, leucémie, troubles de la coagulation, de la moelle osseuse, lymphome ou toute autre maladie du sang ou des ganglions ?		
f/ Pathologie thyroïdiennes et hypophysaires, goitre, diabète, goutte, hypercholestérolémie ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?		
g/ Méningite, syndrome d'immunodéficience acquise paludisme, ou toute autre maladie infectieuse virale ou parasitaire ?		
h/ Arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, douleurs dorsales, maladies rhumatismales, atteinte de la colonne vertébrale, lombalgie, hernie discale, coxarthrose, ostéoporose, ou toute maladie des os et articulations ?		
i/ Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, neuropathie, myopathie, fibromyalgie, épilepsie, vertiges, paralysie, accident ischémique transitoire ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?		
j/ Surdité, affection de l'appareil auditif, troubles de la vue ou toute autre maladie des yeux, de l'oreille, de la gorge ou du nez ?		
k/ Psoriasis, herpès, purpura, lupus, kyste ou toute autre maladie de la peau et du tissu conjonctif ?		
l/ Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, trouble de l'humeur, troubles nerveux, affection neuropsychique, anorexie mentale, tentative de suicide ou toute autre maladie psychique ou psychiatrique ?		
m/ Tumeurs bénignes ou malignes		
n/ Toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?		

QUESTIONS	REPOUDRE PAR OUI OU PAR NON	SI OUI, DONNER TOUTE PRECISION (lequel, motif, date, durée, résultat...)
20/ POUR LES FEMMES (uniquement cette question) a/ Grossesses antérieures : Combien ? Complications éventuelles ? b/ Etes-vous enceinte ? C/ Prenez-vous des anticonceptionnels	a/ b/ c/	a/ b/ c/
21/ Quel est votre médecin habituel ? (Nom et ville)		
22/ Est-ce que chez vos parents, frères et sœurs ou enfants, un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque ischémique (infarctus, maladie coronarienne), un diabète, un cancer du sein, de l'ovaire ou du côlon, une maladie neurologique, sont apparus avant l'âge de 60 ans ?		
23/ Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?		
24/ Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances décès ? (surprime, clause d'exclusion, ajournement, refus...) Avez-vous souscrit ou envisagez-vous de souscrire 1 ou plusieurs autres contrats d'assurance décès ?		

Je soussigné(e) CERTIFIE avoir répondu à TOUTES les questions du présent questionnaire (comportant 24 questions) de façon COMPLETE EXACTE ET SINCERE, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, et je RECONNAIS avoir été informé(e) que toute omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation de l'Assureur entraînerait la NULLITE du contrat d'assurance conformément à l'article L.113-8 du code des assurances. Je M'ENGAGE à signaler toute modification de mon état de santé survenue entre la date de signature du présent questionnaire et la prise d'effet de l'Assurance qui aurait une incidence sur la conformité des réponses indiquées ci-dessus.

Nous attirons votre attention sur l'importance de ce document. En effet, ces déclarations vous engagent pendant toute la vie du contrat d'assurance. Suite à un sinistre, l'assureur pourra légitimement refuser de prendre en charge les échéances ou le solde de votre prêt en cas de fausse déclaration intentionnelle ayant modifié l'appréciation du risque par l'assureur. Ce questionnaire fera partie intégrante du contrat d'assurance si celui-ci venait à être mis en place après l'étude médicale de mon dossier par la compagnie d'assurance et accord de ma part pour la souscription du contrat.

DELEGASSUR // AERAS-COURTAGE s'engage à préserver la totale confidentialité des informations transmises et veille au plus strict respect des principes déontologiques énoncés dans la convention AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE). Pour vous informer sur cette convention, vous pouvez demander un livret d'information sur <http://www.aeras-infos.fr/>
J'accepte que ce questionnaire soit transmis au Service Médical des compagnies d'assurance de prêt interrogées qui après examen, pourra demander des renseignements ou documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre état de santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).

J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales figurant dans ce questionnaire, aux seules fins de traitement de mon dossier. Je déclare être informé(e) que l'Assureur peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier.

Je recevrai, dès demande de ma part ou validation de mon dossier d'adhésion, conformément à la législation en vigueur la fiche conseil d'information standardisée ainsi que les conditions générales du contrat de la compagnie retenue. ; pourrai en prendre connaissance, notamment l'objet du contrat, des conditions et exclusions de garanties et des limitations d'indemnisation.

FAIT A : _____ LE : ___/___/____ Signature de l'assuré précédé de la mention « lu et approuvé »