ASSURANCE

PLAN DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

NOTICE D'INFORMATION

PLAN PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

ASSURANCE PRIVÉE ET PROFESSIONNELLE

www.macsf.fr

Ceux qui se consacrent à la santé des autres ont besoin que l'on se consacre à eux.

MACSF groupe

UN CONTRAT NOVATEUR. POURQUOI ?

- Une offre de garanties mensuelles
- Des garanties adaptées aux médecins, généralistes ou spécialistes, exerçant à titre libéral
- Une charte d'engagements sur 7 points essentiels.

UN CONTRAT ESSENTIEL. POURQUOI ?

L'ennui de santé, qu'il résulte d'une maladie, d'un accident ou d'une agression, est toujours une épreuve. Celle-ci peut se doubler de graves soucis matériels si vous êtes contraint de réduire, modifier, voire de cesser votre activité professionnelle.
Prendre conscience des bouleversements que peuvent entraîner ces événements, c'est avoir une attitude prévoyante. Assurer le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail et protéger votre famille en cas de décès prématuré, un geste primordial.
L'offre globale du nouveau plan de prévoyance permet ainsi aux médecins de se prémunir, au sein d'un même contrat, des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une agression survenant tant au cours de l'activité professionnelle que de la vie privée.

UN CONTRAT SPÉCIFIQUEMENT PROFESSIONNEL : POURQUOI ?

Le nouveau plan de prévoyance est un contrat groupe, mis au point en étroite collaboration avec l'association ASSUMED (1), souscripteur dont l'objectif exclusif est la réponse aux attentes de votre profession en matière de prévoyance et de retraite.
Les dispositions de ce contrat ont pour finalité de satisfaire de façon la plus adaptée et évolutive vos besoins de prévoyance.
Ce contrat « sur mesure » tient compte des spécificités de votre profession et offre un parfait complément à toutes les prestations servies par votre régime obligatoire.
Enfin, au delà même du contrat, forts de notre expérience et de notre savoir-faire en matière de prévoyance collective, nous nous engageons :
- à effectuer un bilan régulier de vos garanties pour nous assurer de leur adéquation à votre situation professionnelle et familiale, pendant toute la durée de votre plan,
- au respect d'une charte d'engagements portant sur 7 points essentiels et déterminants dans la qualité de mise en œuvre des prestations, au moment où l'ennui de santé survient.

UN CONTRAT À SOUSCRIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE : POURQUOI ?

Les prestations de votre régime obligatoire en cas d'arrêt de travail sont souvent jugées insuffisantes par une grande majorité de vos confrères.
Face à cette situation, ce nouveau plan de prévoyance vous apporte, point par point, tous les compléments de garantie nécessaires sur les plans professionnel et privé.
Attention cependant, il s'agit ici d'un contrat à adhésion facultative, ne pouvant par hypothèse prendre en charge que les événements se réalisant après l'adhésion. Ainsi, notre conseil, constant en la matière, est d'adhérer le plus tôt possible.
Au-delà de la qualité de nos contrats, nous restons à l'écoute de vos besoins, pour mieux y répondre.

Philippe EVEILLEAU,
Président de MACSF prévoyance.

(1) ASSUMED (Association pour les Assurances Médicales) - 79, rue de Tocqueville, 75017 PARIS

UN CONTRAT FACILE À SOUSCRIRE

L'ADHÉSION : FORMALITÉS ET PRISE D'EFFET

Qui peut adhérer ?

Tout Docteur en Médecine membre de l'ASSUMED, exerçant à titre libéral jusqu'à son 55ème anniversaire.

Comment adhérer ?

En complétant un bulletin d'adhésion et un questionnaire médical. Ce dernier est adressé à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF sous pli confidentiel.
La Commission Médicale d'Admission a la possibilité, avant accord définitif, de demander des renseignements complémentaires et/ou un examen médical (les frais d'examen sont remboursés dès le paiement de la première cotisation dans les conditions et la limite d'un plafond fixés au tarif).

Le respect du secret médical est garanti à tous les stades des procédures d'acceptation et d'indemnisation.

Important :

En cas de problème(s) de santé déclaré(s), et donc antérieur(s) à l'adhésion, la Commission Médicale d'Admission peut assortir son acceptation de conditions particulières (exclusion de risque, application d'une surprime, délai de franchise ou durée de garantie personnalisée). Au regard du dossier médical, la Commission peut, exceptionnellement, ajourner ou refuser une demande de garanties.

Bon à savoir :

Le contrat d'assurance est un contrat dit « de bonne foi ». Ainsi, le caractère spontané, sincère et complet des réponses au questionnaire de santé est essentiel. Des déclarations incomplètes ou erronées sont passibles de sanctions prévues au contrat et au sein du Code des Assurances, pouvant aller jusqu'à la nullité du contrat.

Quand l'adhésion prend-elle effet ?

L'adhésion prend effet dès la date d'acceptation par la Commission Médicale d'Admission et se renouvelle ensuite au premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

UN CONTRAT ÉVOLUTIF

Le plan de prévoyance, par la souplesse de son fonctionnement, s'adapte parfaitement à toutes les étapes de votre vie professionnelle.
Ainsi, vous pouvez :

- souscrire des garanties professionnelles ou augmenter le montant de celles-ci jusqu'à la veille de votre 55ème anniversaire,
- souscrire des garanties privées ou en augmenter le montant jusqu'à la veille de votre 65ème anniversaire*.

* Cette option doit s'effectuer avant le 60ème anniversaire du conjoint survivant pour la rente de conjoint viagère et avant le 55ème anniversaire du conjoint survivant pour la rente temporaire.

UN CONTRAT TRANSPARENT

À l'adhésion, la cotisation se calcule en fonction de votre âge, des capitaux assurés et du niveau de convention choisi. Elle évolue chaque année au renouvellement, en fonction de l'âge atteint au 1er janvier.
Les cotisations et les garanties sont revalorisées chaque année en fonction d'un taux retenu d'un commun accord entre la MACSF prévoyance et l'ASSUMED.
Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique selon les modalités prévues sur le bulletin d'adhésion.

GARANTIES ET PRESTATIONS : MODE D'EMPLOI

LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE FACULTATIVE : LES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL (INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE)

Trois garanties de base indissociables :

1) L'indemnité mensuelle frais professionnels :

DÉDUCTIBLE MADELIN

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, cette indemnité vous est versée pour faire face aux charges fixes de votre cabinet (location de locaux, salaires…) jusqu'au 12ème mois maximum d'arrêt de travail.

2) L'indemnité mensuelle de revenu :

DÉDUCTIBLE MADELIN

Cette garantie vous assure une indemnité mensuelle en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident.

• **En cas d'incapacité temporaire totale,** l'indemnité vous est versée jusqu'au 36ème mois maximum d'arrêt de travail et cesse dès que la reprise professionnelle est reconnue possible par la Commission Médicale d'Admission ou en cas de consolidation, de cession du cabinet, de cessation définitive d'activité professionnelle.

• **En cas d'invalidité professionnelle d'un taux minimum de 33 %,** l'indemnité vous est servie, après consolidation, à hauteur du taux retenu, déterminé en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur votre activité professionnelle et par référence au barème d'invalidité professionnelle annexé au contrat.

L'indemnité tient compte de la possibilité ou non de continuer l'exercice de votre activité professionnelle et/ou d'exercer une autre profession.

Principes applicables aux garanties indemnités mensuelles :

Les indemnités mensuelles de frais professionnels et de revenu vous sont versées au prorata temporis du nombre de jours d'arrêt de travail, les dimanches et jours fériés étant indemnisés. Elles sont payables à terme échu par virement automatique chaque fin de mois et/ou au terme de l'arrêt de travail.

Les indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu vous sont versées :
- à partir du 1er jour d'arrêt de travail en cas d'accident ou d'agression,
- à partir du 3ème jour d'arrêt de travail en cas de maladie avec une hospitalisation (supérieure ou égale à 2 nuitées),
- à partir du 15ème jour d'arrêt de travail en cas de maladie sans hospitalisation (ou avec une hospitalisation inférieure à 2 nuitées).

3) L'allocation conjoint/enfant malade

Cette garantie est acquise en cas d'accident ou de maladie de votre conjoint ou de votre enfant de moins de 18 ans, entraînant une hospitalisation minimale de 15 jours.
Vous bénéficiez d'une allocation mensuelle, versée pendant la durée de l'hospitalisation (dans un maximum de 6 mois pour le conjoint, et de 12 mois pour l'enfant).
Cette allocation est versée sous réserve de la réception d'un bulletin de séjour hospitalier. Elle est payable à terme échu par virement automatique chaque fin de mois et/ou au terme de l'hospitalisation.

Remarque :

Cette allocation n'est pas cumulable avec l'indemnité mensuelle de revenu. En cas d'incapacité simultanée du conjoint et de l'enfant ou en cas d'incapacité simultanée de plusieurs enfants, une seule allocation peut être servie.

Deux garanties en option :

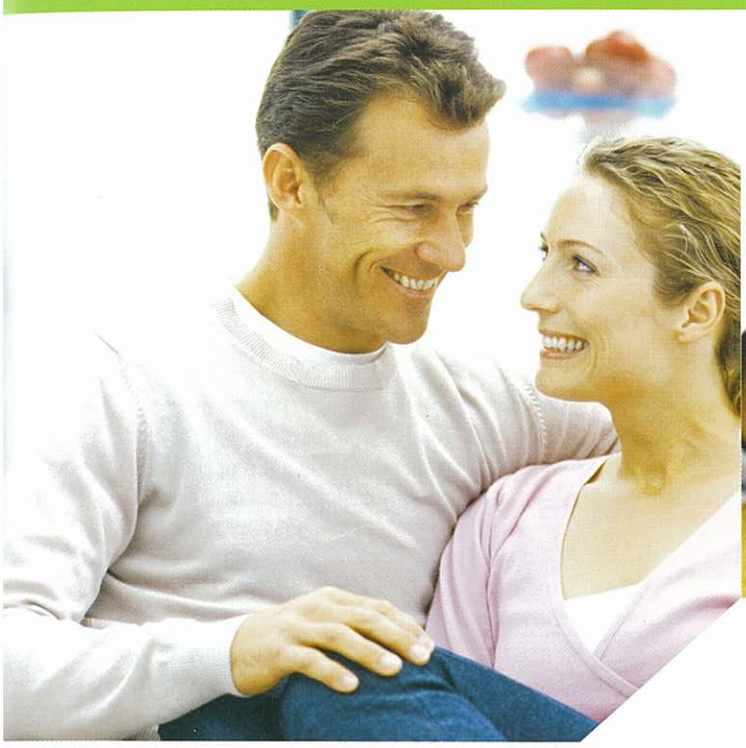
1) La garantie Invalidité Plus :

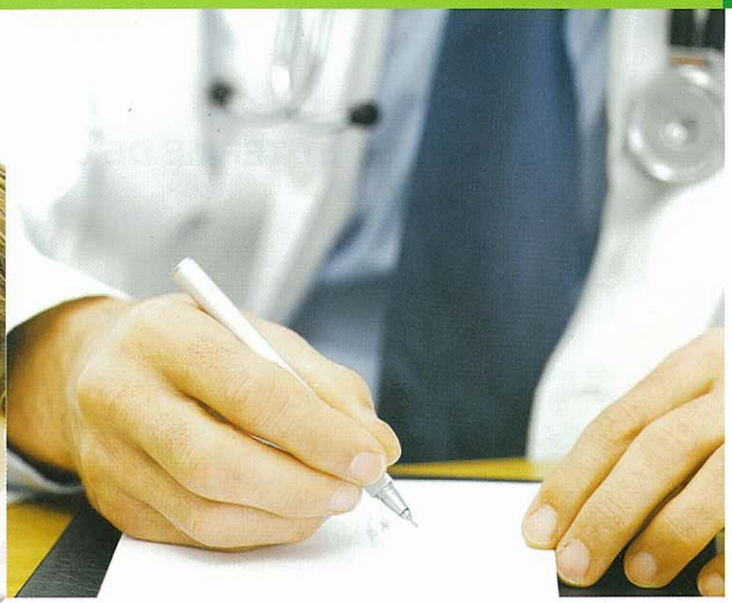
DÉDUCTIBLE MADELIN

En cas d'invalidité professionnelle d'un taux minimum de 33 %, une indemnité forfaitaire vous est versée afin de compenser tout ou partie de la différence de prestations de votre régime obligatoire en cas d'incapacité et d'invalidité.
Cette indemnité vous est versée à hauteur du taux retenu, déterminé de la même manière que pour l'indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité.

2) Le capital d'invalidité professionnelle :

Lorsque votre invalidité professionnelle atteint ou dépasse 66 % et entraîne la cessation définitive de votre activité professionnelle, un capital vous est versé dans les 15 jours qui suivent l'accord de la Commission Médicale d'Admission.
Ce capital vous est versé dans son intégralité jusqu'à votre 55ème anniversaire, et réduit d'1/5ème par an au-delà.





LES SERVICES D'AIDE À LA PERSONNE

Cette garantie prévoit :
- **l'aide à domicile suite à une hospitalisation,**
- le conseil social,
- **la garde des enfants,**
- l'école et l'aide à domicile,
- l'assistance psychologique suite à un décès,
- **l'assistance domestique**,
- et **l'assistance agression** (frais de serrurerie, gardiennage des locaux et assistance psychologique).

LA SPHÈRE PRIVÉE OBLIGATOIRE : LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU D'IFTD (INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE)

Au sein de cette sphère, vous choisissez une ou plusieurs des garanties ci-après :

Le capital décès/IFTD doublement-triplement :

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) en cas de décès. Il s'assortit d'un avantage exceptionnel : celui de ne pas entrer dans votre succession, et d'être ainsi exonéré de tout droit de mutation.
En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive (atteinte nécessitant l'assistance d'une tierce personne - catégorie 3 de la sécurité sociale), ce capital vous est versé par anticipation.
Le capital est doublé en cas d'accident, et triplé en cas d'accident de la circulation, d'agression ou d'acte de terrorisme.

Le plus MACSF :
Si les bénéficiaires sont le conjoint/pacsé et/ou les enfants (âgés de moins de 28 ans), le capital est majoré de 10 % par bénéficiaire (dans la limite de 50 %).

La rente de conjoint temporaire ou viagère :

DÉDUCTIBLE MADELIN

Pour protéger votre conjoint ou partenaire de PACS et lui assurer des revenus en cas de décès prématuré, une rente trimestrielle revalorisée annuellement lui est servie, selon l'option que vous avez retenue :
- soit jusqu'à son 60ème anniversaire ; il pourra au-delà bénéficier de la pension de réversion de votre régime obligatoire ;
- soit jusqu'à son décès ; dans ce cas, la rente est servie en totalité jusqu'à son 60ème anniversaire puis à hauteur de 50 % au-delà.

En cas d'IFTD, la rente est servie à hauteur de 50 %.

La rente éducation :

DÉDUCTIBLE MADELIN

Pour permettre à vos enfants de poursuivre leurs études et de réaliser leurs projets, une rente temporaire trimestrielle revalorisée annuellement leur est servie jusqu'à leur 28ème anniversaire en cas de décès ou d'IFTD, à condition qu'ils poursuivent leurs études et n'exercent pas d'activité rémunérée permanente. Cette rente est répartie par parts égales au jour de l'événement entre les enfants désignés bénéficiaires.

PRISE D'EFFET ET TERME DE CHAQUE GARANTIE

		Prise d'effet		Terme suivant l'âge de l'assuré
		en cas d'accident ou d'agression	en cas de maladie	
Sphère professionnelle*	Indemnité mensuelle frais professionnels	Prise d'effet immédiate	Après un délai de carence de 3 mois**	À votre choix, 60 ou 65 ans (ou pour ce dernier choix, à 70 ans pour le risque d'accident et d'agression et si l'activité professionnelle est poursuivie)
	Indemnité mensuelle de revenu et Invalidité Plus			
	Allocation conjoint/enfant malade		Après un délai d'attente de 6 mois	60 ans
	Capital d'invalidité professionnelle		Après un délai de carence de 3 mois**	60 ans
Assistance		Prise d'effet immédiate		70 ans
Sphère privée	Capital décès/IFTD	Prise d'effet immédiate		65 ans en cas d'IFTD, 70 ans en cas de décès
	Rente de conjoint (temporaire ou viagère)			70 ans
	Rente éducation			

* Pour les psychopathologies, les grossesses et les atteintes discovertébrales, les garanties indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu et la garantie Invalidité Plus prennènt effet après un délai de carence incompressible de 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

** Ce délai peut être supprimé sur fourniture d'un certificat de radiation de garanties équivalentes auprès d'un autre organisme, à condition que l'interruption de couverture n'excède pas 1 mois.

DÉTERMINEZ VOS PROPRES BESOINS

POUR LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

Chiffre d'affaires brut annuel	Jusqu'à 65 000 €	Compris entre 90 000 et 120 000 €	Compris entre 150 000 et 200 000 €	Vous souhaitez des garanties personnalisées, ou vous exercez en SEL
Pourcentage des frais professionnels par mois	Compris entre 35 et 55%			
Revenu mensuel	2 800 €	5 000 €	8 000 €	
CONVENTION	**1**	**2**	**3**	**libre****
Indemnité mensuelle frais professionnels	1 800 €	3 200 €	5 000 €	entre 1 800 € et 15 000 €
Indemnité mensuelle de revenu				
Pendant 90 jours	2 800 €	5 000 €	8 000 €	entre 2 800 € et 25 000 €
à partir du 91ème jour*	190 €	2 390 €	5 390 €	entre 190 € et 22 390 €
Allocation mensuelle conjoint/enfant malade	560 €	1 000 €	1 600 €	1/5ème de l'indemnité mensuelle de revenu
Capital d'invalidité professionnelle	Montant libre entre 15 000 € et 65 000 €			
Invalidité plus	Montant forfaitaire : 1 300 €			

POUR LA SPHÈRE PRIVÉE

Capital décès/IFTD de base***	Montant libre entre 15 000 € et 640 000 €
Rente de conjoint mensuelle	Montant libre entre 200 € et 4 000 €
Rente Education mensuelle	Montant libre entre 200 € et 4 000 €

* Hors prestations CARMF. Montants base 2007.

** La convention libre est obligatoirement souscrite par les professionnels exerçant en SEL. Dans ce cas, seules les garanties « indemnité mensuelle de revenu » et « allocation conjoint/enfant malade » sont acquises.

*** Plafond de garantie (décès de base et doublement/triplement) : 1 280 000 €.

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

La maternité

- **Les grossesses non pathologiques :** en cas de grossesse non pathologique ou en cas d'adoption, une allocation forfaitaire de maternité de 500 € vous est versée.

- **Les grossesses pathologiques, leurs suites et conséquences :**

Grossesse pathologique

En cas de grossesse pathologique reconnue par la Commission Médicale d'Admission, l'indemnité mensuelle de revenu vous est versée à partir du 31ème jour d'incapacité jusqu'au 42ème jour précédant la date présumée de l'accouchement.
La grossesse pathologique doit être justifiée par un repos à domicile ou à l'hôpital consécutif à l'une des pathologies énumérées aux conditions générales.

Suites et conséquences de la grossesse

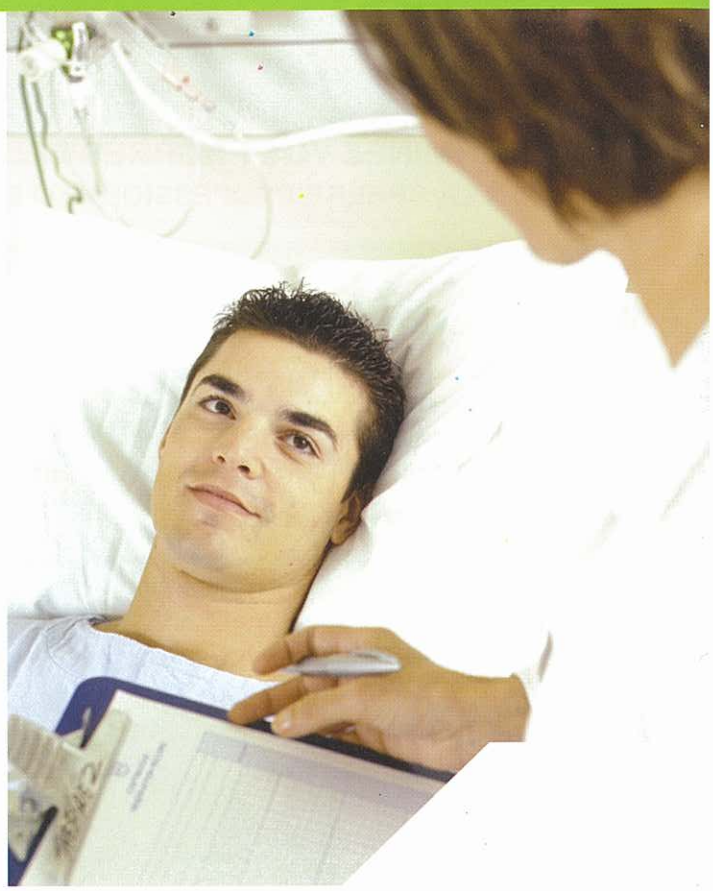
En cas d'incapacité temporaire totale de travail dûment attestée par un certificat médical, l'indemnité mensuelle de revenu vous est versée à partir du 71ème jour d'incapacité jusqu'au 180ème jour suivant l'accouchement.

Les états psychopathologiques

Sont considérés comme états psychopathologiques : les névroses, psychoses, états dépressifs, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress et de surmenage et les troubles anxieux et apparentés.

Ces atteintes sont exclues au titre des garanties suivantes :
- **capital d'invalidité professionnelle**
- **indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité**
- **garantie Invalidité Plus**
- **allocation conjoint/enfant malade**

Elles donnent lieu à une prise en charge limitée en cas d'incapacité temporaire totale pour les garanties indemnités mensuelles, celles-ci étant acquises :
- à hauteur de 100 % pendant les 3 premiers mois d'incapacité,
- à hauteur de 50 % pendant les 3 mois suivants,
- à hauteur de 25 % pendant les 6 mois suivants pour la garantie indemnité mensuelle frais professionnels, pendant les 21 mois suivants pour la garantie indemnité mensuelle de revenu.



Le mi-temps thérapeutique

En cas de reprise de l'activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, les indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu sont maintenues à hauteur de 50 % pour une durée maximum de 180 jours.

PRINCIPAUX RISQUES NON COUVERTS

Important :

La liste des exclusions énumérées ci-après n'est pas exhaustive. Pour consulter la liste complète, vous pouvez vous reporter aux conditions générales disponibles sur simple demande au siège de MACSF prévoyance.

Au titre de toutes les garanties

Sont totalement exclus, sans possibilité de majoration de cotisation :
- La participation à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à leurs essais, des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids,
- La pratique de certains sports « à risques ».

Spécifiques à la garantie décès (décès/IFTD, rente éducation et rente de conjoint temporaire ou viagère)

Le suicide au cours de la première année suivant l'adhésion ou l'augmentation de ces garanties.

Spécifiques aux garanties indemnités mensuelles, allocation conjoint/enfant malade, capital d'invalidité professionnelle, garantie Invalidité Plus, doublement/ triplement de la garantie décès

- Les conséquences des maladies ou accidents provoqués intentionnellement par l'assuré, y compris les tentatives de suicide,
- Les conséquences d'un état pathologique, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie déterminés antérieurs à l'adhésion par la Commission Médicale d'Admission,
- Les conséquences de l'état alcoolique ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- La fibromyalgie,
- Les états de fatigue chronique et/ou d'asthénie,
- Les cures, excepté lorsqu'elles sont la conséquence directe et immédiate du traitement d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné le versement d'indemnités mensuelles,
- Les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique,
- Les conséquences de la guerre étrangère, de la guerre civile, d'émeutes et de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage.

LES ÉVÉNEMENTS METTANT FIN À L'ADHÉSION

- La cessation définitive de votre activité professionnelle, sauf si elle résulte d'un événement garanti donnant lieu au service des prestations prévues au contrat,
- Le dernier jour du trimestre civil au cours duquel vous atteignez votre 70ème anniversaire,
- Le décès ou l'IFTD, sauf s'ils donnent lieu au service d'une rente de conjoint et/ou, d'une rente éducation,
- Le non paiement des cotisations après application de la procédure légale de mise en demeure,
- La fausse déclaration des risques à l'adhésion, en cours de contrat ou lors de la survenance d'un sinistre.

COMMENT METTRE EN ŒUVRE VOS PRESTATIONS ?

En fournissant les pièces suivantes :

En cas de décès ou d'IFTD :

- l'acte de décès (et, le cas échéant, toute pièce justifiant du caractère accidentel du décès) ou les pièces établissant l'invalidité fonctionnelle totale et définitive,
- les copies datées et signées du livret de famille et/ou de l'attestation d'engagement dans les liens du PACS, de l'extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire, et de leur carte d'identité,
- un certificat établissant les causes du décès, adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de la MACSF,
- le certificat de scolarité des enfants bénéficiaires de la rente éducation.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout autre document nécessaire au règlement des capitaux.

En cas d'arrêt de travail :

Il vous suffit de nous en aviser, par écrit ou par téléphone, dans les 10 jours de la survenance de l'événement. Nous vous demanderons alors de nous indiquer la nature de la maladie ou les circonstances de l'accident, et d'adresser sous pli confidentiel un certificat médical directement à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF. Pour toute question confidentielle, vous pouvez directement contacter le Médecin Conseil de la MACSF.

VOS DROITS D'ASSURÉ

LA RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre contrat par lettre recommandée avec avis de réception pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :
MACSF Prévoyance : 10, cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex

Elle peut être faite selon le modèle suivant :

Modèle de lettre recommandée avec A. R.

à adresser à Monsieur le Directeur de la MACSF prévoyance - 10, cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex.
Monsieur le Directeur,
Je soussigné(e) ..... ; domicilié(e) ....., prie la MACSF prévoyance de bien vouloir considérer qu'à dater de ce jour, je désire renoncer à la police n°..... souscrite auprès de votre société. Vous voudrez bien, en conséquence, effectuer dans le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées.
Fait à ....., le .....

La renonciation entraîne la restitution par l'assureur, de l'intégralité des sommes versées

LA MACSF PRÉVOYANCE S'ENGAGE...

Une société certifiée ISO 9001

La certification ISO 9001 par BVQI* confirme nos compétences professionnelles et constitue pour vous un gage de confiance. Nous nous engageons ainsi à fournir en permanence les prestations de qualité prévues par le contrat, mais également complétées par notre charte d'engagement en sept points essentiels. Si vous souhaitez plus d'informations avant l'adhésion, les conditions générales sont à votre disposition sur simple demande en complément de la présente notice d'information.

*BVQI : Bureau Veritas Quality International

L'ENNUI DE SANTÉ EST UNE ÉPREUVE, CETTE ÉPREUVE PEUT SE DOUBLER DE SOUCIS MATÉRIELS

Notre équipe de gestion et nos médecins conseils ont un même objectif : vous apporter, en ces moments difficiles, le meilleur service possible en facilitant vos démarches d'indemnisation.

POUR CELA NOUS NOUS ENGAGEONS POUR UNE MISE EN ŒUVRE OPTIMALE DE VOS GARANTIES

NOTRE CHARTE : 7 ENGAGEMENTS SUR 7 POINTS ESSENTIELS

1 UNE ASSISTANCE POUR LA CONSTITUTION RAPIDE DE VOTRE DOSSIER

- Une ligne téléphonique directe : un collaborateur à votre écoute
- Un numéro de fax spécifique
- L'obtention, sur simple demande, de documents de déclaration pouvant vous être immédiatement faxés.

2 UN DÉLAI RÉDUIT AU MINIMUM POUR NOTRE ACCORD D'INDEMNISATION

- Un traitement rapide et confidentiel de votre dossier
- Une information complète sur les différentes étapes de son suivi
- La présence quotidienne d'un Médecin Conseil
- Un numéro de Fax médical confidentiel.

3 UN PAIEMENT PROGRAMMÉ

- Des dates de paiement des indemnités mensuelles programmées au 1er de chaque mois ou au terme de l'arrêt de travail.
- Un paiement automatique par virement sur votre compte bancaire ou postal.

4 UNE ASSISTANCE PERSONNALISÉE CONFIDENTIELLE

- La réponse immédiate et confidentielle, par le Médecin Conseil, à vos questions et explications relatives aux demandes d'information complémentaires
- Le suivi personnalisé des arrêts de travail de longue durée.

5 UNE DÉCISION MOTIVÉE

- Des courriers explicatifs personnalisés
- La possibilité de contacter directement :

- le collaborateur chargé du dossier pour toutes informations contractuelles,
- le Médecin Conseil pour toutes informations médicales

6 UNE MÉDIATION

En cas de désaccord :

- Le recours à un avis médical complémentaire :

- Interne par un deuxième Médecin Conseil
- Externe par expertise aux frais de la MACSF

Demande à adresser à l'attention personnelle du responsable du département Prestations.

- La saisie du Service Qualité MACSF

Demande à adresser à l'attention personnelle du responsable du service Qualité.

7 DES AIDES PRÉCIEUSES

- Pour la recherche d'un remplaçant si l'arrêt de travail doit se poursuivre

- Le site Internet de la MACSF : Rubrique "Petites annonces et remplacements" www.macsf.fr
- Le centre d'information de la MACSF : Centre Bonaparte - 90 rue de Bonaparte - 75006 PARIS
- Par la mise en œuvre rapide de prestations d'assistance : aide ménagère, venue d'un proche, garde de vos enfants...

Le Directeur Général
Michel DUPUYDAUBY

15 16 103 A - 12/2007 - Imp. MACSF

ASSURANCE

N° Sociétaire : |_|_|_|_|_|_|_|

PLAN DE PRÉVOYANCE

DES MÉDECINS LIBÉRAUX

BULLETIN D'ADHÉSION

❑ **Demande d'adhésion** ❑ **Demande de modification de garanties** ❑ **Date d'effet souhaitée :** |_|_|_|_|_|_|

Souscripteur ASSUMED (Association pour les Assurances Médicales)
Cotisation ASSUMED : 5 €, sauf si vous adhérez déjà à cette association.

Régime fiscal (spécifique aux libéraux)

❑ Je souhaite que mon plan de prévoyance entre dans le cadre du dispositif fiscal « Madelin » prévu par les articles 24 et 41 de la loi du 11/02/1994. Dans ce cas, les seules cotisations relatives aux garanties payables sous forme de rente ou de revenus de remplacement (rente de conjoint, rente éducation, indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu) seront déductibles de mon revenu imposable. En contrepartie, les prestations correspondantes seront imposables, conformément aux dispositions de la loi du 11/02/1994.

❑ Je ne souhaite pas que mon plan de prévoyance entre dans le cadre du dispositif fiscal « Madelin »

identité ■ **ADHÉRENT** (à remplir si différent de l'assuré)

Raison sociale : .....

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

identité ■ **ASSURÉ** ❑ M. ❑ Mme ❑ Mlle N° de sociétaire : |_|_|_|_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom(s) .....

Adresse fiscale : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Cette adresse constitue-t-elle une domiciliation spécifique différente de celle de contrats précédemment souscrits ?

❑ oui ❑ non

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| Ville de naissance* : ..... Département de naissance* |_|_|

Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Marié ❑ Veuf ❑ Divorcé ❑ Pacsé

Tél privé : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E.mail : ..... Spécialité : .....

Avez-vous en charge un mandat électif ? ❑ oui ❑ non. Si oui, précisez : .....

* Si vous êtes né à l'étranger, indiquez le pays de naissance et 99 en code département.

■ **STATUT**

❑ Libéral Date d'installation : |_|_|_|_|_|_|

Si première installation, précisez : ❑ création ❑ reprise

❑ Mixte : Indiquez la part de vos revenus professionnels : .....

❑ Remplaçant : ❑ Thésé ❑ Non Thésé Période de remplacement/an : ❑ - 6 mois ❑ + 6 mois

❑ Collaborateur libéral ❑ Autres : .....

■ **MODE D'EXERCICE**

❑ Exercice individuel ❑ SCM ❑ SCP ❑ SEL ❑ Autre

❑ Date de création : |_|_|_|_|_|_|

Si vous exercez en SEL, êtes-vous gérant majoritaire ? ❑ oui ❑ non

Si oui, veuillez fournir une copie des statuts à jour et/ou une attestation de votre expert-comptable pour la prise en charge de vos cotisations par la société.

Vos garanties

■ LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

LES GARANTIES MENSUELLES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Deux garanties de base	Convention 1	Convention 2	Convention 3	Vous souhaitez des garanties personnalisées ou vous exercez en SEL : convention libre (montants retenus)
Indemnité mensuelle frais professionnels	1 800 €	3 200 €	5 000 €	€
Indemnité mensuelle de revenu**, invalidité plus, (allocation conjoint/enfant malade intégrée)	2 890 €	5 090 €	8 090 €	€
Cochez la convention retenue				

* Les médecins exerçant en SEL doivent obligatoirement souscrire à la convention libre. Dans ce cadre, seules les garanties " indemnité mensuelle de revenu ", "invalidité plus" et " allocation conjoint/enfant malade " sont acquises.

** Cette indemnité est diminuée des prestations CARMF à compter du 91ème jour d'incapacité.

TERME DES GARANTIES INDEMNITÉS MENSUELLES

indemnités mensuelles versées jusqu'au :

- ❑ 60ème anniversaire
- ❑ 65ème anniversaire (ou 70ème anniversaire pour le risque d'accident ou d'agression uniquement et si l'activité professionnelle est poursuivie)

Important : Dispositions communes aux garanties indemnités mensuelles et invalidité plus
Le montant annuel total des indemnités ne peut excéder le chiffre d'affaires ou le revenu réel, déduction faite du montant cumulé des garanties forfaitaires de même nature prévues en cas d'arrêt de travail par tout régime de prévoyance et/ou autre contrat d'assurance.

→ DEUX GARANTIES OPTIONNELLES

Garanties optionnelles	
Capital d'invalidité professionnelle : indiquez le montant de garantie souhaité	**Montant libre entre 15 000 € et 65 000 €** €
Garantie Invalidité Plus : souhaitez-vous souscrire cette garantie ?	**Indiquez OUI ou NON**

Les services d'aide à la personne

Les services « Medi Prévoyance Assistance » sont inclus au sein de votre contrat, sauf demande contraire expresse à joindre à la présente demande d'adhésion.

Vos garanties

■ LA SPHÈRE PRIVÉE

LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Important : La souscription à l'une des garanties ci après, optionnelles et cumulables, est obligatoire.

→ CAPITAL DÉCÈS/IFTD

• **MONTANT** (libre entre 15 000 € et 640 000 €) : ..... €

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS :

❑ ***Clause type :*** En cas de décès de l'assuré, le capital reviendra au conjoint ou co-signataire de PACS de l'assuré, à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut, aux héritiers de l'assuré.

❑ ***Clause particulière :***

En cas de décès de l'assuré : .....

.....

à défaut .....

Important : Si le ou les bénéficiaires désignés en cas de décès sont le conjoint/pacsé et/ou les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint/pacsé, le capital décès est majoré de 10% par bénéficiaire (dans la limite de 50 %).

→ RENTE DE CONJOINT : ❑ Temporaire terme 60 ans ❑ Option Viagère

Important : La garantie rente de conjoint peut être souscrite jusqu'à la veille du 55ème anniversaire de ce dernier pour la rente temporaire et jusqu'à la veille du 60ème anniversaire de ce dernier pour l'option viagère.

• **MONTANT MENSUEL** (libre entre 200 € et 4 000 €) : ..... €

BÉNÉFICIAIRE DE LA RENTE DE CONJOINT :

Nom du conjoint/co-signataire de PACS : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

→ RENTE ÉDUCATION

• **MONTANT MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ENFANTS** (libre entre 200 € et 4 000 €) : ..... €

BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE ÉDUCATION :

❑ ***Clause type :*** « mes enfants et ceux de mon conjoint ou co-signataire de PACS nés ou à naître, jusqu'à leur 28ème anniversaire sous réserve qu'ils poursuivent leurs études, sans activité rémunérée permanente ».

❑ ***Clause particulière :*** Si vous souhaitez désigner nominativement les enfants, merci d'indiquer ci-dessous leurs nom, prénom ainsi que leur date de naissance.

Nom et Prénom	Né(e) le	Nom et Prénom	Né(e) le
• Enfant	|_|_|_|_|_|_|	• Enfant	|_|_|_|_|_|_|
• Enfant	|_|_|_|_|_|_|	• Enfant	|_|_|_|_|_|_|

Important : Les clauses particulières doivent faire l'objet d'une actualisation systématique lors des différents événements de votre vie.

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

MACSF PRÉVOYANCE

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

N° SOCIÉTAIRE : |_|_|_|_|_|_|_|

Mode de règlement

Votre contrat se renouvelle chaque année le 1er janvier

Le règlement des cotisations s'effectue uniquement par prélèvement automatique sans frais :

❑ **mensuel** ❑ **trimestriel** ❑ **semestriel** ❑ **annuel**

Important : Si vous souscrivez votre contrat dans le cadre du dispositif "Madelin", pensez à joindre un RIB professionnel.
N'omettez pas de joindre à votre bulletin l'autorisation de prélèvement automatique ainsi qu'un RIB, RIP ou RICE.

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : QUELQUES INFORMATIONS.

L'autorisation de prélèvement dûment remplie, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou de CE doit être obligatoirement joint au présent bulletin.

Chaque prélèvement doit, au minimum, être égal à 40 €.

Si le montant de la somme prélevée est inférieur à 40 €, la périodicité sera déterminée d'office par trimestre, semestre ou année.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE, POSTAL OU DE CAISSE D'ÉPARGNE.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR

N° Sociétaire : |_|_|_|_|_|_|_|

Contrat : _____

Périodicité : ❑ Mensuelle ❑ Trimestrielle ❑ Semestrielle ❑ Annuelle

NOM ET ADRESSE DU DÉPOSITAIRE
teneur du compte à créditer

MACSF prévoyance
cours du Triangle,
10 rue de Valmy,
92800 PUTEAUX

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
117 773

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

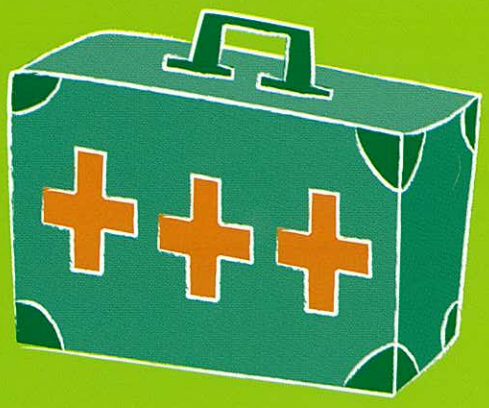
J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Date ..... Signature

Code postal _____ Bureau distributeur _____

Codes Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

Offre complémentaire santé



Pour le remboursement de vos propres soins et de ceux de vos proches, la MACSF a tout prévu... Plutôt 3 fois qu'une !

Pour toute souscription vous avez la possibilité de :

- *nous contacter par téléphone au* 3233* ou 01 71 14 32 33
- *vous rendre dans votre délégation MACSF la plus proche.*
- *souscrire en ligne sur notre site www.macsf.fr*

** Prix appel local depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.*

(1) Régime obligatoire. Les pourcentages exprimés (hors pharmacie) se calculent par référence au tarif de base de remboursement du R.O. et en intègrent le remboursement. Pour la pharmacie, ils s'appliquent sur le remboursement du R.O.

(2) Plafonds annuels de remboursement prothèses, implants (hors Générique) et orthodontie.

	Générique Responsable	Santé Responsable	Santé Plus Responsable
Frais Hospitaliers			
• Honoraires, frais chirurgicaux	100 %	150 %	200 %
• Frais de séjour	100 %	150 %	150 %
• Supplément chambre particulière	30 €	50 €	50 €
• Hospitalisation (à domicile)	100 %	100 %	150 %
Honoraires Médicaux			
• Généralistes, Spécialistes, Analyses, etc.	100 %	150 %	200 %
Pharmacie			
• Médicaments remboursés par le R.O.[1]	100 % du R.O.	100 % du R.O.	100 % du R.O.
Optique			
petite correction*	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 200 €
moy. correction*	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 300 €
forte correction*	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 400 €
(montures + 2 verres ou lentilles)			
* Selon grille jointe au tableau des garanties			
• Lentilles non remboursées par le R.O.[1]	-	150 €	200 €
• Chirurgie réfractive /œil (traitement de la myopie)	-	250 €	400 €
Dentaire[2]			
• Soins	100 %	150 %	150 %
• Prothèses remboursées par le R.O.[1]	100 %	250 %	300 %
• Implants	-	400 €/an	700 €/an
• Orthodontie remboursée par le R.O.[1]	100 %	250 %	300 %
Prévention - Services			
Spécial femmes			
• Maternité (naissance ou adoption)	100 €/enfant	160 €/enfant	250 €/enfant
• Dépistage seins - col de l'utérus	100 %	150 %	150 %
• Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs	Non	30 €/an	60 €/an
Spécial enfants			
• Orthophonie, orthoptie	100 %	150 %	200 %
Spécial hommes			
• Diagnostic prostate	100 %	150 %	150 %
Autres			
Dépistage tumeurs cutanées - colons	100 %	150 %	150 %
Diagnostic hypertension holter	100 %	100 %	100 %
Vaccins et traitements anti-paludéens	20 €/an	30 €/an	60 €/an
Sevrage tabagique	-	20 €/an	40 €/an
Orthopédie, appareillage, prothèse auditive	100 %	150 %	200 %
OPTION : Confort Hospitalisation	15 €/jour	30 €/jour	60 €/jour

Médecins Libéraux

Je joins à ma demande l'attestation fournie par la Caisse d'Assurance Vieillesse et Caisse de Prévoyance obligatoires stipulant que je suis à jour du paiement des cotisations ou j'atteste sur l'honneur avoir fait une demande d'affiliation (pour 1ères installations uniquement).

Je reconnais avoir reçu une notice d'information, le tarif en vigueur et une note sur la faculté de renonciation. Conformément à la LOI du 06.01.1978 «INFORMATIQUE ET LIBERTÉS», je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés (Art. 27 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi N°2004-801 du 06/08/2004).

Afin de pouvoir bénéficier du contrat groupe Plan de Prévoyance, je demande expressément à adhérer à l'Association souscriptrice ASSUMED - 79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS, si je ne suis pas déjà adhérent à cette association.

NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST INDISPENSABLE DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL JOINT POUR TOUTE DEMANDE D'ADHÉSION OU D'AUGMENTATION DES GARANTIES.

Fait à : .....

Le : .....

Signature de l'assuré

MACSF groupe

MACSF assurances - SIREN N° 775 665 631 et MACSF prévoyance - SIREN N° 784 702 375 - Sociétés d'Assurances Mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances
Siège Social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - Tél : 3233

15 16 104 B - 01/2009 - Imp. MACSF.

FORMALITÉS MÉDICALES
PLAN DE PRÉVOYANCE

Médecin Conseil de la MACSF, je vais examiner les pièces médicales que vous allez m'adresser en fonction des montants choisis.

Je me permets d'insister sur l'importance des réponses apportées, le questionnaire médical doit être correctement et sincèrement rempli ce qui doit m'éviter de vous réclamer des renseignements complémentaires et me permet d'émettre un avis plus rapide sur les risques à assurer.

Pour le respect de la confidentialité, l'ensemble des informations médicales doit m'être adressé au sein d'une enveloppe spécifique, à mon attention personnelle.

Le Médecin Conseil

LISTE DES FORMALITES MEDICALES

Age à l'adhésion / Formalités Médicales	Jusqu'à 40 ans	De 41 à 50 ans	Au-delà de 50 ans
• Total décès jusqu'à 300 000 € ET • Indemnités mensuelles jusqu'à 5 000 € /mois	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical Analyses 2
• Total décès supérieur à 300 000 € OU • Indemnités mensuelles supérieures à 5 000 € /mois	Questionnaire Médical	Questionnaire Médical + Rapport Médical Analyses 1	Questionnaire Médical + Rapport Médical Analyses 2 Examen cardiovasculaire

Analyses 1 : analyse de sang comprenant N.F.S., V.S., glycémie à jeûn, cholestérol avec fraction HDL, triglycérides, créatinine, acide urique, transaminases SGOT-SGPT, gamma GT, sérologie HIV1 – HIV2, analyses d'urine (sucre et albumine), sérologie des hépatites B et C.

Analyses 2 : analyses 1 + dosage du PSA pour les proposants masculins.

Examen cardio-vasculaire : clinique, radiologique (cliché thorax), électrocardiographique avec tracé et interprétation.

Remboursement direct des honoraires, des analyses à hauteur de 200 euros pour toute adhésion dès l'envoi de la facture par le médecin examinateur et/ou par le laboratoire.

15 00 146 B - 11/2008

MACSF *prévoyance*

MACSF *prévoyance* - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - Tél : 3233 - SIREN N° 784 702 375

PLIER ET COLLER

N° Sociétaire :

NOM :
PRENOM :

PLIER ET COLLER

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(à remplir par le proposant)

INFORMATIONS

Le Médecin Conseil de l'Assureur se réserve la possibilité, au vu de ces pièces, de demander d'autres renseignements et éventuellement des analyses et examens complémentaires utiles à la constitution du dossier pour la tarification la plus juste.

Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte rendu opératoire, le compte rendu histologique ou anatomopathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernie ombilicale, inguinale. Toutefois, dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser le type de hernie et la date de l'intervention.

DUREE DE VALIDITE DES PIECES MEDICALES

La durée de validité des pièces médicales est de 6 mois à compter de la signature de ces pièces ou de la date de réalisation des examens.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL A REMPLIR PAR LE PROPOSANT

1 TAILLE : ..... POIDS : ..... TENSION ARTERIELLE : .....

	NON	OUI	
2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	☐	☐	Depuis quand ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
3 Avez-vous cessé le travail pour raison de santé plus de 15 jours consécutifs au cours des 10 dernières années ?	☐	☐	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Durée de l'arrêt ? ..... Date(s) de(s) arrêt(s) ? .....
4 Avez-vous suivi un traitement ?	☐	☐	Le(s)quel(s) ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
Suivez-vous un traitement ?	☐	☐	Lequel ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
Allez-vous suivre un traitement ?	☐	☐	Lequel ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
Avez-vous suivi un traitement spécialisé (chimiothérapie – radiothérapie – immunothérapie – cobaltothérapie – etc.) ?	☐	☐	Lequel ? ..... Pour quelle pathologie ? ..... A quelle date ? .....
Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?	☐	☐	Pourquoi ? .....
Avez-vous été transfusé(e) ?	☐	☐	Date et motif ? .....
Faites-vous l'objet d'une surveillance clinique - Radiologique – biologique ?	☐	☐	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Depuis quand ? .....

	NON	OUI	DATE	DUREE	MOTIF
5 Avez-vous été hospitalisé(e) ?	☐	☐	..../..../....		.....
Devez-vous être hospitalisé(e) ?	☐	☐	..../..../....		.....
Avez-vous été opéré(e) ?	☐	☐	..../..../....		.....
Devez-vous être opéré(e) ?	☐	☐	..../..../....		.....
Avez-vous suivi des cures ?	☐	☐	..../..../....		.....
Devez-vous suivre des cures ?	☐	☐	..../..../....		.....

	NON	OUI	DATE	MOTIF
6 Avez-vous consulté, été soigné(e) ou bénéficié d'un bilan ?				
En service de médecine	☐	☐	..../..../....	.....
En service de chirurgie	☐	☐	..../..../....	.....
En service de cardiologie	☐	☐	..../..../....	.....
En service pneumologie	☐	☐	..../..../....	.....
En service de neurologie	☐	☐	..../..../....	.....
En service de psychiatrie	☐	☐	..../..../....	.....
En service rhumatologie	☐	☐	..../..../....	.....
En service de rééducation fonctionnelle	☐	☐	..../..../....	.....
En service de cancérologie	☐	☐	..../..../....	.....
En service de gynécologie, obstétrique, maternité	☐	☐	..../..../....	.....
Autres services	☐	☐	..../..../....	.....

7 Avez-vous une affection de longue durée prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale ? ☐ ☐

Pour quel motif ? .....

Depuis quelle date ? .....

Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une des affections suivantes ?

	NON	OUI	Nom de l'affection	Date de début	Commentaires
Cardiovasculaires (par ex. : HTA, angor, syncope, infarctus, trouble du rythme, artérite, varices, phlébite, anomalie valvulaire, etc.)	☐	☐	.....		
Gastro-duodénales (par ex. : ulcère, hernie hiatale, etc.)	☐	☐	.....		
Hépatiques – vésiculaires - pancréatiques	☐	☐	.....		
Intestinales (par ex. : crohn, rectocolite hémorragique, hémorroïdes, etc.)	☐	☐	.....		
Neurologiques (par ex. : épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, A.I.T, paralysie, etc.)	☐	☐	.....		

	NON	OUI	Nom de l'affection	Date de début	Commentaires
Psychiatriques (par ex. : états dépressifs, névroses, psychoses, spasmophilie, syndrome de fatigue chronique, états de stress, surmenage, troubles anxieux et apparentés, tentatives de suicide, trouble du comportement alimentaire, les conséquences de ces pathologies, etc.)	☐	☐	.....		
Pulmonaires (par ex. : asthme, bronchite chronique, tuberculose, pneumothorax, sarcoïdose, emphysème, etc.)	☐	☐	.....		
Rénales (par ex. : albuminurie, glomérulonéphrite, polykystose, pyélonéphrite, colique néphrétique, etc.)	☐	☐	.....		
Uro-génitales (par ex. : lithiase, prostate, malformation rénale, etc.)	☐	☐	.....		
Endocriniennes (par ex. : diabète, thyroïde, hypophyse, obésité, anneau gastrique, etc.)	☐	☐	.....		
Rachis (par ex. : hernie discale, sciatique, lombalgies, cervicalgies, NCB, etc.)	☐	☐	.....		
Gynécologiques et mammaires (par ex. : fibrome, endométriose, ovaires, stérilité, adenofibromes, mastose, etc.)	☐	☐	.....		
Hématologiques (par ex. : anémie, anomalies coagulation, etc.)	☐	☐	.....		
ORL (par ex. : surdité, acouphènes, vertiges, sinusite chronique, otospongiose, etc.)	☐	☐	.....		
Ophtalmologiques (par ex. : cataracte, glaucome, myopie, keratocone, hypertension oculaire, etc.)	☐	☐	.....		
Si myopie	☐	☐	nombre de dioptries : OG : ..... OD :		
Dermatologiques (par ex. : eczéma, psoriasis, naevus, etc.)	☐	☐	.....		
Rhumatologiques (par ex. : canal carpien, hallux valgus, SPA, polyarthrite, périarthrite, etc.)	☐	☐	.....		
Allergiques (par ex. : allergie cutanée, latex, respiratoires, etc.)	☐	☐	.....		
Maladies infectieuses et parasitaires (par ex. : paludisme, toxoplasmose, tuberculose, MST, etc.)	☐	☐	.....		
Maladies des os et des articulations (par ex. : arthrose, ostéoporose, etc.)	☐	☐	.....		
Toute(s) autre(s) maladie(s) ou anomalie(s)	☐	☐	.....		

8 Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, **dont le résultat a été positif ?**	☐	☐	**Si oui le(s)quel(s) ?**	**Date(s) :**
Avez-vous été soumis à d'autres investigations ? (Electroencéphalogramme, scanner, pet-scan, IRM, scintigraphie, artériographie, doppler, échographie, arthroscopie, endoscopie digestive ou bronchique, polysomnographie, ostéodensitométrie)	☐	☐	Date(s) : ..... Motif(s) : ..... Résultat(s) (joindre la photocopie de ces résultats) :	
Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années une analyse de sang ?	☐	☐	Date : ..... Motif : ..... Si résultats anormaux, joindre la photocopie de ces résultats.	

		NON	OUI	
9	Avez-vous été accidenté(e) ?	☐	☐	Date : . . . . .
				Nature des blessures : . . . . .
	Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ?	☐	☐	Taux : . . . . .
	☐ Civile ☐ Militaire			Motif : . . . . .
10	Consommation quotidienne de boissons alcoolisées	☐	☐	Nombre de verres par repas : ..... En dehors des repas : .....
	Tabagisme actif	☐	☐	Année de début : . . . . . Unités/jour : . . . . .
	Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	☐	☐	Lesquels ? . . . . .
				Jusqu'à quand ? . . . . .
11	Pour les hommes nés avant 1979			
	Avez-vous été reformé ?	☐	☐	Motif : . . . . .
	Pour les femmes : Etes-vous enceinte ?	☐	☐	Date présumée accouchement : . . . . .
	Avez-vous effectué une mammographie ?	☐	☐	Date(s) : . . . . . Résultat(s) : . . . . .
	Avez-vous effectué des frottis cervico vaginaux ?	☐	☐	Date(s) : . . . . . Résultat(s) : . . . . .
	Avez-vous subi d'autres examens ? échographie pelvienne, hystéroscopie coelioscopie, colposcopie	☐	☐	Date(s) : . . . . . Résultat(s) : . . . . .
	Avez-vous suivi des traitements contre la stérilité ?	☐	☐	A quelle(s) date(s) ? . . . . .
	Sont-ils définitivement terminés ?	☐	☐	

12

S'ils sont vivants			S'ils sont décédés	
Age	Etat de Santé	Antécédents	Age au décès	Année - Cause du décès
Père				
Mère				
Frères et sœurs				
Enfants				

Avez-vous fait des demandes d'assurances relatives à la prévoyance et/ou la couverture de prêts (décès – incapacité – invalidité - etc.) ?

Résultat de la demande :

☐ acceptée sans restriction
☐ acceptée avec surprime
☐ acceptée avec exclusion
☐ acceptée avec garanties limitées
☐ ajournée
☐ refusée

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère, sans rien dissimuler et reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration dans ces réponses entraînera la nullité de l'assurance (Article L 113-8 du Code des Assurances)

Fait à : ..... Le : ..... Signature de la personne à assurer

15 00 144 C - 10/2008