

Sélection médicale

Quelques recommandations :

- Déterminer dès le départ les documents nécessaires à l'étude du dossier en se référant au tableau des formalités médicales ci-dessous.
- Remettre les bons documents au client (questionnaires sportifs et professionnels compris). Le questionnaire de santé simplifié, le questionnaire médical et le rapport médical sont des documents fournis par AFI ESCA.
- Vérifier que le questionnaire médical utilisé est bien identifié, daté et signé.
- Vérifier qu'il comporte une réponse à toutes les questions.
- Vérifier qu'en cas de réponse positive, celle-ci est motivée.
- Conseiller au client d'être le plus précis possible et joindre des documents complémentaires déjà en sa possession.

Tableau des formalités médicales au 01/04/2009

| Capital assuré <i>(y compris les encours)</i> | Age à la souscription | | |
|--|-----------------------|----------------|----------------|
| | Moins de 45 ans | De 45 à 64 ans | De 65 à 79 ans |
| Jusqu'à 75 000 € | A | | B |
| De 75 001 € à 200 000 € | A | B | C |
| de 200 001 € à 250 000 € | B | | D |
| de 250 001 € à 450 000 € | D | | |
| de 450 001 € à 1 000 000 € | D | E | |
| de 1 000 001 € à 1 500 000 € | E | | |
| de 1 500 001 € à 2 500 000 € | F | G | |
| au dessus de 2 500 000 € | Consulter le Siège | | |

En fonction du profil (A, B, C, D, E, F ou G), voici les formalités médicales à effectuer :

| | Questionnaire de santé simplifié | Questionnaire médical | Rapport de visite médicale | Profil sanguin (1) | Electrocardiogramme de repos (2) | Examen urines (3) et Rapport financier confidentiel (4) | PSA pour les hommes (Antigène Prostatiques Spécifiques) |
|---|----------------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------------|---|---|
| A | | | | | | | |
| B | | | | | | | |
| C | | | | | | | |
| D | | | | | | | |
| E | | | | | | | |
| F | | | | | | | |
| G | | | | | | | |

(1) Profil sanguin (à faire strictement à jeun) : Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total et HDL - LDL, urée, créatinine, acide urique, gamma GT, transaminases (ASAT, ALAT), sérologie HIV 1 et 2, sérologie de l'hépatite B (Antigène HBS) et de l'hépatite C (anticorps anti VHC).

(2) Electrocardiogramme de repos : Avec tracé et compte rendu du cardiologue.

(3) Examen des urines : Sucre, albumine, leucocytes, sang, examen cyto bactériologique des urines (ECBU). Recherche de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.

(4) Rapport financier confidentiel : Joindre les pièces indiquées dans ledit rapport.

Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

Les réponses à ce questionnaire doivent être **obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Il doit être répondu de manière claire, précise et lisible à l'ensemble des questions.** Vous pouvez, si vous le souhaitez répondre seul, ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de votre courtier en assurances

Nom du Cabinet d'Assurances : Ace Partenaires

Adresse : Service Emprunteur - BP 43

Code Postal : 88302 Ville : NEUFCHATEAU CEDEX

Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms : _____ Date de naissance : _____

Activité professionnelle

Profession actuelle : _____

Description exacte de l'activité : _____

N.B. : voir questionnaires professionnels sur notre site Internet

Ou, êtes-vous demandeur d'emploi ? OUI NON

Dans quelle branche d'activité, exercez-vous votre profession ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artistique | <input type="checkbox"/> Finance | <input type="checkbox"/> Restauration hôtellerie tourisme | <input type="checkbox"/> Bâtiment et Travaux Publics | <input type="checkbox"/> Fonction publique |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Commerce et Artisanat | <input type="checkbox"/> Métiers de la mer | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Droit | <input type="checkbox"/> Transports et logistique | <input type="checkbox"/> Métiers de la terre | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

L'exercez-vous ? En travail saisonnier Activité intermittente A l'étranger – Pays concerné : _____

Votre statut : Etes-vous salarié ? OUI NON

Votre activité professionnelle implique t'elle des séjours hors de l'union européenne ? OUI NON

Si oui, complétez le questionnaire risque de séjours

Votre activité professionnelle nécessite t'elle un travail manuel ? OUI NON

Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Activités sportives

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ? OUI NON

(l'activité aérienne est considérée comme telle) Si oui, précisez lesquels et leur fréquence : _____

Participez-vous à des compétitions ? OUI NON

Pratiquez-vous ces sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération ? OUI NON

N.B. : voir questionnaires sportifs sur notre site Internet

Questionnaire médical

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

1 TAILLE : CM POIDS : KG

2 Etes-vous ? droitier gaucher ambidextre

Questions ↓ Répondre par oui ou par non ↓ si oui, veuillez donner toute précision (motif, date, résultat, etc...) ↓

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ? Motif : _____
 Depuis quelle date : _____

4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Motif : _____
 Depuis quelle date : _____
 Traitement : _____

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 ? Motif : _____
 Périodes : _____

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 ? Motif : _____
 A quelle date : _____
 Traitement : _____

7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats ont nécessité une surveillance médicale et/ou un traitement de plus de 15 jours ? (bilan sanguin, tests hépatiques, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, etc...) [joindre copie des examens] Lesquels : _____
 A quelle date : _____
 Motif : _____

8 Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins ou subi une intervention chirurgicale ? A quelle date : _____
 Durée : _____
 Motif : _____
 (indiquer s'il y a eu intervention chirurgicale, joindre les comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)

9 Devez-vous être hospitalisé dans les 12 prochains mois ? A quelle date : _____
 Motif : _____
 Si intervention chirurgicale prévue, précisez le type d'anesthésie : locale générale

Questions ↘

Répondre par
oui ou par non ↘

si oui, veuillez donner toute précision
(motif, date, résultat, etc...) ↘

| | | | |
|----|--|--|--|
| 10 | Devez-vous dans les 12 prochains mois subir des examens médicaux ? | <input type="checkbox"/> | A quelle date : _____ Lesquels : _____ Motif : _____ |
| 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) ? | <input type="checkbox"/> | Lequel : <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> VIH A quelle date : _____ Résultat : _____ |
| 12 | Avez-vous une infection conséquence d'une immunodéficience acquise ? | <input type="checkbox"/> | Laquelle : _____ Depuis quand : _____ |
| 13 | Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ? | <input type="checkbox"/> | De quelle nature : _____ Depuis quand : _____ |
| 14 | Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'incapacité permanente ? | <input type="checkbox"/> | Motif, date, taux : _____ _____ |
| 15 | Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ? | <input type="checkbox"/> | Motif, date, taux : _____ _____ |
| 16 | Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ? | <input type="checkbox"/> | A quelle date : _____ Motif : _____ _____ |
| 17 | Avez-vous été victime d'accident(s) ayant laissé des séquelles ? | <input type="checkbox"/> | Date(s), lésion(s), séquelles : _____ _____ |
| 18 | Etes-vous ou avez-vous été traité par radiothérapie, chimiothérapie, cobaltothérapie ou par INTERFERON ? | <input type="checkbox"/> | Motif : _____ A quelle date : _____ _____ |
| 19 | Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : a) Tuberculose, 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, malformations, cardiopathie ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? c) Hémorragie digestive, affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou de l'abdomen ? d) Coliques néphrétiques, insuffisance rénale, albuminurie, affections gynécologiques et de la prostate, maladies sexuellement transmissibles ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? e) Anémie, leucémie, troubles de la coagulation, lymphome ou toute autre maladie du sang et des ganglions ? f) Pathologies thyroïdiennes et hypophysaires, diabète, goutte, hypercholestérolémie ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lesquelles, date, durée, traitement, évolution : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |

Questions ↓

Répondre par
oui ou par non ↓

si oui, veuillez donner toute précision
(motif, date, résultat, etc...) ↓

g) Méningite, syndrome d'immunodéficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou virale ?

h) Arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ostéoporose ou toute autre maladie des os et articulations ?

i) Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, neuropathie, myopathie, fibromyalgie, épilepsie, vertiges, paralysie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?

j) Surdité, 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, tentative de suicide ou toute autre maladie psychique ou psychiatrique ?

m) Tumeurs bénignes et/ou malignes

n) Toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?

19

Un médecin vous-a-t-il déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ?

20

Pour les FEMMES :

a) Grossesses antérieures ?

Combien ? _____

b) Etes-vous enceinte ?

Complications  ventuelles : _____

De combien de mois ? _____

Complications  ventuelles : _____

21

Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances décès ? (surprime, clause d'exclusion, refus ...)

A quelle date : _____

Nature de la restriction : _____

Motif : _____

22

CONFIDENTIEL

Je certifie exactes et sincères les présentes déclarations dont je prends la responsabilité et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties du contrat, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances. J'accepte que ce questionnaire soit communiqué au Service Médical d'AFI ESCA qui après examen, pourra si nécessaire me demander des renseignements ou documents médicaux complémentaires.

Fait à : _____

le : _____

Signature de la personne à assurer

Avant d'envoyer le présent questionnaire, merci de vérifier :

1. que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON"   toutes les questions,
2. que vous avez signé et daté le questionnaire.

En cas de réponse positive à l'une des questions, merci de joindre toutes pièces médicales utiles à l'étude de votre demande de souscription.

Questionnaire de santé simplifié

à compléter, dater, signer et renvoyer au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

Merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de votre courtier en assurances

Code Courtier : | Sous code : | Nom du Cabinet d'Assurances :
 Adresse :
 Code Postal : | Ville :

Identité de la personne à assurer

Nom et prénoms : _____ Date de naissance : _____

Activités professionnelles

Profession actuelle : _____
 Description exacte de l'activité : _____
 Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? OUI NON
 Si oui, lesquels : _____
 L'exercez-vous ? En travail saisonnier Activité intermittente A l'étranger – Pays concerné : _____
 N.B. : voir questionnaires professionnels sur notre site Internet

Santé

TAILLE : CM POIDS : KG

RÉPONDRE PAR
OUI OU PAR NON

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou suivez-vous un traitement régulier hormis pour des pathologies saisonnières ? | <input type="text"/> |
| 2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 3 semaines consécutives ? | <input type="text"/> |
| 3. Avez-vous subi une intervention chirurgicale (sauf appendicite, amygdales, végétations, césarienne, chirurgie dentaire) ou avez-vous été hospitalisé plus de 24 H ? | <input type="text"/> |
| 4. Avez-vous subi un dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite (VHB, VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficiência humaine (VIH) dont le résultat se serait révélé positif ? | <input type="text"/> |
| 5. Présentez-vous un handicap (congénital ou non) ou une infirmité ou des séquelles d'accident ? | <input type="text"/> |
| 6. Etes-vous titulaire ou en instance d'attribution d'une prise en charge à 100% par votre régime obligatoire pour une affection de longue durée, d'une rente d'incapacité de travail ou d'une pension d'invalidité ? | <input type="text"/> |
| 7. Suivez-vous ou avez-vous suivi une chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou un traitement par Interféron ? | <input type="text"/> |
| 8. Devez-vous être hospitalisé, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ? | <input type="text"/> |
| 9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats auraient révélé des anomalies ? | <input type="text"/> |

N.B. : En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, remplir le questionnaire médical

Séjour

RÉPONDRE PAR
OUI OU PAR NON

Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la nouvelle Zélande ?

N.B. : En cas de réponse positive à la question ci-dessus, remplir le questionnaire risques de séjour sur internet

Sport

RÉPONDRE PAR
OUI OU PAR NON

1. Pratiquez-vous un sport ou une activité aérienne ?

En cas de réponse négative, inutile de répondre aux questions 2 à 11 ci-dessous.

N.B. : N'oubliez pas néanmoins de dater et signer le document

2. Pratiquez-vous un sport à titre professionnel ?

3. Pratiquez-vous un sport automobile ?

4. Pratiquez-vous l'alpinisme ou un sport de neige et de glace (hormis le trekking et la randonnée pédestre jusqu'à 5 000 m et le ski alpin et le ski de fonds en amateur sur pistes balisées) ?

5. Pratiquez-vous l'équitation (hormis le manège et la randonnée équestre) ?

6. Pratiquez-vous un sport lié au motocyclisme (hormis l'utilisation comme moyen de transport ou de tourisme) ?

7. Pratiquez-vous :

- un sport nautique (hormis l'aviron, le char et la planche à voile, le ski nautique, le surf sans compétition) ?

- la voile (hormis la navigation de plaisance sans compétition) ?

- un sport motonautique (hormis en loisir le bateau à moteur et le hors-bord sans compétition) ?

8. Pratiquez-vous la plongée sous-marine ou la spéléologie (hormis la plongée libre en apnée de 0 à 20 m, la plongée en scaphandre autonome sans brevet de 0 à 20 m ou avec brevet de 0 à 40m) ?

9. Pratiquez-vous l'aviation ou une activité aérienne ?

10. Pratiquez-vous un sport de combat ou un art martial (hormis l'aïkido, le judo et le karaté sans compétition) ?

11. Pratiquez-vous du VTT avec compétitions ou extrême ?

N.B. : En cas de réponse positive à l'une des questions 2 à 11, voir questionnaires sportifs sur internet

CONFIDENTIEL

Je certifie exactes et sincères les présentes déclarations dont je prends la responsabilité et reconnais savoir que toute réticence entraînera la nullité des garanties du contrat, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances. J'accepte que ce questionnaire soit communiqué au Service Médical d'AFI ESCA qui après examen, pourra si nécessaire me demander des renseignements ou documents médicaux complémentaires.

Fait à : _____ le : _____

Signature de la personne à assurer

Transmettez le questionnaire ci-dessus, sous pli cacheté au Médecin Conseil d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Si vous souhaitez accélérer le traitement de votre dossier et si toutes vos réponses sont négatives, vous pouvez l'adresser à votre courtier en l'autorisant à nous le transmettre par voie électronique ; dans ce cas, merci de compléter la phrase suivante :

"Je soussigné(e) M, Mme, Mlle _____ autorise le courtier _____ à transmettre mes réponses au questionnaire ci-dessus par voie électronique à AFI ESCA aux fins d'émettre mon contrat conformément aux données figurant dans la proposition jointe".

Fait à : _____

le : _____

Signature de la personne à assurer
précédée de la mention "lu et approuvé"

Avant d'envoyer le présent questionnaire, merci de vérifier :

1. que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON" à toutes les questions,
2. que vous avez signé et daté le questionnaire.