

# Questionnaire médical

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

Nom du Cabinet d'Assurances : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## ACTIVITE 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 : \_\_\_\_\_

## ACTIVITES 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

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 de la Société. 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 de la société.

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)



# Confidentiel

## QUESTIONS

## RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON

## SI OUI, VEUILLEZ DONNER TOUTE PRÉCISION (MOTIF, DATE, RÉSULTAT, ETC...)

19	f) Pathologies thyroïdiennes et hypophysaires, diabète, goutte, hypercholestérolémie ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	_____
	g) Méningite, syndrome d'immunodéficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou virale ?	<input type="checkbox"/>	_____
	h) Arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ostéoporose ou toute autre maladie des os et articulations ?	<input type="checkbox"/>	_____
	i) Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, neuropathie, myopathie, fibromyalgie, épilepsie, vertiges, paralysie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	_____
	j) Surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie des yeux, de l'oreille, de la gorge ou du nez ?	<input type="checkbox"/>	_____
	k) Psoriasis, herpès, purpura, lupus, kyste ou toute autre maladie de la peau et du tissu conjonctif ?	<input type="checkbox"/>	_____
	l) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre maladie psychique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	_____
m) Tumeurs bénignes et/ou malignes	<input type="checkbox"/>	_____	
n) Toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	_____	

20	Pour les FEMMES :		
	a) Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____ Complications éventuelles : _____
	b) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? _____ Complications éventuelles : _____

21	Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances décès ? (surprime, clause d'exclusion, refus ...)	<input type="checkbox"/>	A quelle date : _____ Nature de la restriction : _____ Motif : _____
----	---	--------------------------	--

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 Europe 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" à 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 obligatoirement de la main de la personne à assurer.

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 : \_\_\_\_\_

## IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

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 ?

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 ?

3. Avez-vous subi une intervention chirurgicale (sauf appendicite, amygdales, végétations, césarienne, chirurgie dentaire) ou avez-vous été hospitalisé plus de 24 H ?

4. Avez-vous subi un dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite (VHB, VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat se serait révélé positif ?

5. Présentez-vous un handicap (congénital ou non) ou une infirmité ou des séquelles d'accident ?

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 ?

7. Suivez-vous ou avez-vous suivi une chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou un traitement par Interféron ?

8. Devez-vous être hospitalisé, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ?

9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux dont les résultats auraient révélé des anomalies ?

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

## SEJOUR

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**

## TABLEAU DES FORMALITES MEDICALES

**Date application : 01/04/2009**

CAPITAL ASSURE (y compris les encours)	AGE A 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		

<b>A</b>	Questionnaire de santé simplifié
<b>B</b>	Questionnaire médical
<b>C</b>	B + Rapport de visite médicale
<b>D</b>	C + Profil sanguin <sup>(1)</sup>
<b>E</b>	D + Electrocardiogramme de repos avec tracé et compte rendu du cardiologue
<b>F</b>	E + Examen des urines <sup>(2)</sup> + Rapport financier confidentiel <sup>(3)</sup>
<b>G</b>	F + PSA pour les hommes (Antigène Prostatiques Spécifiques)

<b>(1) Profil sanguin (à faire strictement à jeun)</b>	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).
<b>(2) Examen des urines</b>	Sucre, albumine, leucocytes, sang, examen cyto bactériologique des urines (ECBU). Recherche de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.
<b>(3) Rapport financier confidentiel</b>	Joindre les pièces indiquées dans ledit rapport.

SMTGE\_EMPR\_0409

## 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

Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

Transmettez le questionnaire ci-dessus, sous pli cacheté au Médecin Conseil de la société.

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 Europe 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 l'avez daté et signé.