



AFi europe

Groupe  Esca



# Questionnaire Médical

En France et en Europe, les informations relatives à la santé sont des données confidentielles et protégées par la loi. Vous pouvez si vous le souhaitez adresser votre questionnaire de santé sous pli confidentiel en reportant l'adresse ci-dessous sur l'enveloppe d'expédition et l'expédier directement à AFI Europe, ou en le joignant à votre dossier sous pli cacheté.

Code Courtier :

**LÉTTRE**

Affranchir  
au tarif  
en vigueur

**CONFIDENTIEL  
SECRET MÉDICAL**

**AFI EUROPE  
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL  
4, SQUARE DUTILLEUL  
59042 LILLE CEDEX**

**à compléter, dater et signer**  
**IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER**

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | 1 9 | | |

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Profession actuelle : \_\_\_\_\_

Description exacte de l'activité : \_\_\_\_\_

**NB : 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"/> Commerce et Artisanat            | <input type="checkbox"/> Industrie                   |
| <input type="checkbox"/> Sécurité          | <input type="checkbox"/> Communication       | <input type="checkbox"/> Métiers de la mer                | <input type="checkbox"/> Transports et logistique    |
| <input type="checkbox"/> Droit             | <input type="checkbox"/> Métiers de la terre | <input type="checkbox"/> Autres : _____                   |  |

**L'exercez-vous :**  en C.D.D.  en C.D.I.  en intérim  en travail saisonnier  Activité intermittente  à l'étranger

**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

Si oui, implique t-elle l'utilisation :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention                            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> de produits dangereux, chimiques, toxiques, explosifs   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades d'abattage, élagage d'arbres | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 (l'activité aérienne est considérée comme telle) :  OUI  NON

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 MEDICAL 1<sup>ère</sup> PARTIE**

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.

**Questions**

**Répondre par oui ou par non**

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

<b>1</b>	TAILLE <input type="text"/> CM	POIDS <input type="text"/> KG
<b>2</b>	Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ?	<input type="text"/> Motif : _____ Depuis quelle date : _____
<b>3</b>	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="text"/> Motif : _____ Depuis quelle date : _____ Traitement : _____
<b>4</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un ou plusieurs arrêts de travail ?	<input type="text"/> Motif : _____ Périodes : _____
<b>5</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un traitement de plus de 3 semaines ?	<input type="text"/> Motif : _____ À quelle date : _____ Traitement : _____
<b>6</b>	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...)	<input type="text"/> Lesquels : _____ A quelle date : _____ Motif : _____ _____ (joindre copie des examens)
<b>7</b>	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?	<input type="text"/> A quelle date : _____ Durée : _____ Motif (indiquer s'il y a eu intervention chirurgicale et joindre les comptes-rendus opératoires et histologiques)

**Questions**

**Répondre par oui ou par non**

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

8	Devez-vous être hospitalisé dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	A quelle date : _____ Motif : _____ Si intervention chirurgicale prévue, précisez le type d'anesthésie : <input type="checkbox"/> locale <input type="checkbox"/> générale
9	Devez-vous dans les 12 prochains mois subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	À quelle date : _____ Lequels : _____ Motif : _____
10	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 : _____
11	Avez-vous une infection conséquence d'une immunodéficience acquise ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle : _____ Depuis quand : _____
12	Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ?	<input type="checkbox"/>	De quelle nature : _____ Depuis quand : _____
13	Etes-vous titulaire : d'un taux d'incapacité permanente ? d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser à titre civil ou militaire, le motif, le taux, la date de détermination du taux et la date d'attribution de la pension : _____
14	Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	À quelle date : _____ Motif : _____

**Attention : Si le capital est supérieur ou égal à 75 000 € et/ou si vous êtes âgé(e) de plus de 55 ans, répondez au questionnaire médical complémentaire ci-dessous.**

**Questions**

**Répondre par oui ou par non**

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

15	Avez-vous été victime d'accidents graves ? (traumatisme, intoxication, brûlure ...)	<input type="checkbox"/>	Localisation corporelle (indiquer s'il y a eu perte de connaissance et la durée), dates, séquelles : _____
16	Etes-vous ou avez-vous été traité par rayons X, substances radioactives ou chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	Motif : _____ A quelle date : _____
17.1	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		Lesquelles, quand, durée, traitement, évolution : _____
	a) Maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose, asthme, bronchite, pneumonie, emphysème, pleurésie ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	b) Maladies de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, artérite, trouble du rythme, syncopes, angine de poitrine, malformations congénitales...)	<input type="checkbox"/>	_____
	c) Maladies de l'appareil digestif (hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affection du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	_____
	d) Maladies de l'appareil urogénital (coliques néphrétiques, albumine, affections gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	e) Maladies du sang, des ganglions (anémie, leucémie, hémophilie, lymphome ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	f) Maladies endocriniennes, métaboliques (diabète, goutte, pathologie thyroïdienne, hypercholestérolémie ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	g) Maladies infectieuses ou virales (méningite, infection conséquence d'une immunodéficience acquise)	<input type="checkbox"/>	_____
	h) Maladies des os, articulations (arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose, ostéoporose...)	<input type="checkbox"/>	_____
	i) Maladies du système nerveux (sclérose en plaques, épilepsie, vertiges, paralysie, accident vasculaire cérébral ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	j) Maladies des organes des sens : surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil	<input type="checkbox"/>	_____
	k) Maladies de la peau (allergie, psoriasis, herpès, eczéma, purpura, lupus, kyste ...)	<input type="checkbox"/>	_____
	l) Maladies psychiques ou psychiatriques (stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide...)	<input type="checkbox"/>	_____
17.2	Maladie non citée ci-dessus	<input type="checkbox"/>	Lesquelles, quand, durée, traitement, évolution : _____
17.3	Avez-vous d'autres déclarations à faire sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____
18	Pour les HOMMES : Avez-vous été dispensé du service national pour raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelle affection : _____
19	Pour les FEMMES : Etes-vous enceinte ? Avez-vous ou avez-vous eu une grossesse nécessitant ou ayant nécessité une surveillance particulière ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis combien de mois : _____ A quelle date : _____ Complications : _____
20	Vos ascendants directs ont-ils été atteints de l'une des affections suivantes : infarctus du myocarde, maladie des coronaires, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, diabète ?	<input type="checkbox"/>	Préciser l'affection, l'âge de survenance et son évolution : _____
21	Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances vie ? (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 pourrait entraîner la nullité du présent contrat d'assurance conformément à la réglementation. 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.

Signature de la personne à assurer

Fait à : ..... le : .....

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en modifiant l'appréciation d'AFI EUROPE entraîne la nullité de l'assurance (art. L 113.8 du Code des Assurances)

