

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

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.