

Assurance de prêt

Questionnaire santé



IDENTITE DE LA PERSONNE A ASSURER

Nom et prénoms : John Smith Date de naissance: 01/01/1970

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Profession actuelle : Ingénieur d'affaire
Description exacte de l'activité : Chargé d'affaire dans une société de service en Informatique

Ou, êtes-vous demandeur d'emploi ? ☐OU ☒NON

Dans quelle branche d'activité, exercez-vous votre profession ?
☐Artistique ☐Finance ☐Restauration ☐hôtellerie ☐tourisme ☐Bâtiment et Travaux Publics ☐Fonction publique
☐Santé ☐Sécurité ☐Commerce et Artisanat ☐Métiers de la mer ☐Communication ☐Industrie ☐Droit
☐Transports et logistique ☐Métiers de la terre ☒Autres : Informatique

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

Votre statut : Etes-vous salarié ? ☒OUI ☐NON

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

Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? ☐OUI ☒NON

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

ACTIVITES SPORTIVES

Pratiquez-vous des sports même occasionnellement ? ☒OUI ☐NON

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

Participez-vous à des compétitions ? ☐OUI ☒NON

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

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.

TAILLE : CM POIDS : KG

Etes-vous ? ☒droitier ☐gaucher ☐ambidextre



QUESTIONS	RÉPONDRE PAR OUI OU NON	SI OUI, VEUILLEZ DONNER TOUTE PRÉCISION
Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
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 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une maladie ou un accident ayant nécessité un traitement de plus de 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date : Traitement :
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="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins ou subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Devez-vous être hospitalisé dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Avez-vous une infection conséquence d'une immunodéficience acquise ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'incapacité permanente ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
Avez-vous été victime d'accident(s) ayant laissé des séquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Motif : A quelle date :
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'oesophage, 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,	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Lesquelles, date, durée, traitement, évolution :



albuminurie, affections gynécologiques et de la prostate, maladies sexuellement transmissibles ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
e) Anémie, leucémie, troubles de la coagulation, lymphome ou toute autre maladie du sang et des ganglions ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
f) Toute autre maladie ou infirmité non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Pour les FEMMES :		
a) Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Combien ? Complications éventuelles :
b) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	De combien de mois ? Complications éventuelles :
Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurances décès ? (surprime, clause d'exclusion, refus ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	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 que vous avez répondu par "OUI" ou par "NON" à toutes les questions
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.

