

# Questionnaire médical

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

Les réponses à ce questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer. Elle doit répondre seule ou éventuellement avec l'aide de son médecin traitant et de manière claire, précise et lisible à l'aide d'un stylo à encre noire à l'ensemble des questions. Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude de votre dossier qui se fera dans le strict respect du secret médical.

Pour une préservation optimale de la confidentialité de ses données de santé, la personne à assurer est formellement invitée à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté et confidentiel au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Par sa signature, elle consent expressément au traitement de ses données médicales par AFI ESCA, ses mandataires et réassureurs. Elle peut, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, y accéder, les faire rectifier ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex sans oublier de préciser ses nom, prénom et date de naissance.

## 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 : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## Information sur le « Droit à l'oubli »

Pour les personnes entrant dans le cadre du dispositif prévu par la convention AERAS concernant le « Droit à l'oubli »

Je déclare avoir réceptionné et pris connaissance du document d'information sur le « Droit à l'oubli » du 09/03/2016

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

# Questionnaire médical

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

**1** Taille  CM Poids  KG (pour les femmes enceintes, indiquer votre poids avant grossesse)

**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 sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Pourquoi : \_\_\_\_\_ Depuis quand : \_\_\_\_\_

**4** Suivez-vous actuellement un traitement médical, recevez-vous des soins médicaux ou êtes-vous sous surveillance médicale ?  Pour chaque traitement ou soin : \_\_\_\_\_ Pourquoi : \_\_\_\_\_ Lequel : \_\_\_\_\_ Depuis quand : \_\_\_\_\_

**5** Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ?  Pour chacun des arrêts : \_\_\_\_\_ Pourquoi : \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**6** Vous a-t-on prescrit un traitement médical ou des soins médicaux de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années ?  Pour chaque traitement ou soin : \_\_\_\_\_ Pourquoi : \_\_\_\_\_ Lequel : \_\_\_\_\_ Quand (mois/année) : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**7** Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux (bilan sanguin, tests hépatiques, analyse d'urine, électrocardiogramme, radiographie, scanner, etc...) dont les résultats ont révélé une anomalie ?  Lesquels : \_\_\_\_\_ Pourquoi : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_ Résultat(s) : \_\_\_\_\_  
*(joindre une copie des résultats des examens)*

**8** Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en hôpital, clinique, maison de santé, autres établissements de soins (y compris en ambulatoire) ou subi une intervention chirurgicale ?  Pourquoi : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
*(joindre une copie des comptes-rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)*

**9** Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois ?  Pourquoi : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_ 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...) ↓

<b>10</b> Devez-vous dans les 12 prochains mois subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : _____ Quand : _____ Lesquels : _____
--	--------------------------	---

<b>11</b> Avez-vous subi un test de dépistage pour les sérologies de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> VIH Quand : _____ Résultat(s) : _____ _____
---	--------------------------	--

<b>12</b> Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution permanente de vos capacités physiques ?	<input type="checkbox"/>	De quelle nature : _____ Depuis quand : _____
---	--------------------------	--

<b>13</b> Avez-vous été victime d'un accident ou avez-vous été atteint d'une maladie ayant entraîné des séquelles ? <i>(joindre une copie des certificats des lésions initiales et de consolidation)</i>	<input type="checkbox"/>	Date(s), lésion(s), séquelles : _____ _____ _____
---	--------------------------	---

<b>14</b> Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : _____ Depuis quelle date : _____ A quel taux ou quelle catégorie : _____ Quel est l'organisme qui vous verse la prestation : _____ _____
--	--------------------------	---

<b>15</b> Une procédure de mise en invalidité ou de reconnaissance d'incapacité permanente est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : _____ Depuis quand : _____
---	--------------------------	--

<b>16</b> Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un régime obligatoire d'assurance maladie au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : _____ Quand (mois/année) : _____ Durée : _____
--	--------------------------	---

<b>17</b> Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie immuno-thérapie, cobaltothérapie ou interféron ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : _____ Quand : _____
---	--------------------------	-----------------------------------

<b>18</b> Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, de l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : <b>a)</b> Tuberculose, asthme, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? <b>b)</b> Infarctus, hypertension, artérite, troubles du rythme, accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, malformations, cardiopathie ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? <b>c)</b> 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 ? <b>d)</b> Coliques néphrétiques, insuffisance rénale, albuminurie, affections gynécologiques, affections andrologiques, maladies sexuellement transmissibles ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? <b>e)</b> Anémie, leucémie, troubles de la coagulation, lymphome ou toute autre maladie du sang et des ganglions ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Lesquelles, date, durée, traitement, évolution :</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--	--

Questions ↓

Répondre par  
Oui ou par Non ↓

Si Oui, veuillez donner toute précision  
(motif, date, résultat, etc...) ↓

**f)** Pathologies thyroïdiennes et hypophysaires, diabète, goutte, hypercholestérolémie ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?

---

---

---

**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 ?

18

**19** Etes-vous fumeur (y compris des cigarettes électroniques) ?

Cigarettes    Cigares    Pipes  
Quantité journalière : \_\_\_\_\_

20

**20** Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?

Lesquelles ? \_\_\_\_\_  
Quantité journalière en cl : \_\_\_\_\_

21

**21** Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?

Lesquels ? \_\_\_\_\_  
Depuis quand ? \_\_\_\_\_  
Jusqu'à quand ? \_\_\_\_\_

22

**Pour les FEMMES :**

**a)** Etes-vous enceinte ?

De combien de mois ? \_\_\_\_\_

**b)** Avez-vous eu une ou plusieurs grossesses ayant entraîné des complications ?

Complications éventuelles : \_\_\_\_\_  
Combien ? \_\_\_\_\_  
Complications : \_\_\_\_\_

23

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

Pourquoi : \_\_\_\_\_  
Quand : \_\_\_\_\_  
Nature de la restriction : \_\_\_\_\_

**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 ou leur réduction en application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

J'atteste avoir à ma disposition une enveloppe pré-imprimée « confidentiel » pour transmission de ce questionnaire et de mes documents médicaux sous pli cacheté au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Ce dernier pourra, après examen, si nécessaire, me demander des renseignements ou des documents médicaux complémentaires.

Je m'engage à informer l'Assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Signature de la personne à assurer

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**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.**