

Tableau des formalités

Sélection « digitale » ou « papier »		Janvier 2020				
Capital assuré <i>(y compris les encours*)</i>	Âge à la souscription (calculé par différence de millésime)					
	Moins de 46 ans	De 46 à 55 ans	De 56 à 65 ans	De 66 à 75 ans	De 76 à 84 ans	
Jusqu'à 150 000 €	A					
De 150 001 € à 250 000 €	A			B		
De 250 001 € à 500 000 €	A		C			
De 500 001 € à 1 000 000 €	A	D				
De 1 000 001 € à 1 500 000 €	D			G	X	
De 1 500 001 € à 3 500 000 €	E	G				
Au-delà de 3 500 000 €	F	H	I			

* Les prêts relais d'un montant inférieur ou égal à 500 000 € n'entrent pas dans le calcul des formalités à réaliser dès lors qu'ils sont accompagnés d'un prêt amortissable.

En fonction du profil (A, B, C, D, E, F, G, H ou I), voici les formalités médicales à effectuer

	Questionnaire médical confidentiel (1)	Rapport d'examen médical	Profil sanguin - Dosage de la cotinine urinaire (2)	Electrocardiogramme de repos (3)	Examen des urines (4)	Electrocardiogramme d'effort (5)	PSA et rapport PSA libre/PSA total (6)	Echocardiographie et mammographie (7)
A								
B								
C								
D								
E								
F								
G								
H								
I								

Détail des formalités médicales requises

(1) Questionnaire médical confidentiel :

La validité de ce document est de 6 mois, délai qui peut être ramené à 4 mois pour les dossiers comportant un risque aggravé de santé.

(2) Profil sanguin (à faire strictement à jeun) :

Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total et HDL - LDL, créatinine, débit de filtration glomérulaire, 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)

Dosage de la cotinine urinaire pour les non-fumeurs ou fumeurs occasionnels (fumer moins de 5 cigarettes par semaine ou, pour la cigarette électronique, vapoter moins de 30 mg de nicotine par mois (ex : un flacon de 10 ml dosé à 3 mg/ml)

(3) Electrocardiogramme de repos :

avec les tracés dûment datés et identifiés (nom, prénom, date de naissance) et le compte-rendu cardiovasculaire dûment daté, signé et cacheté par le cardiologue comportant les antécédents médicaux, un examen clinique complet et l'interprétation de l'électrocardiogramme joint

(4) Examen des urines :

Sucre, albumine, examen cyto bactériologique des urines (ECBU).

(5) Electrocardiogramme d'effort :

Avec les tracés dûment datés et identifiés (nom, prénom, date de naissance) et le compte-rendu du cardiologue sauf en cas de contre-indication médicale

(6) Antigène Prostatique Spécifique (PSA) et le rapport PSA libre/PSA total pour les hommes

(7) Echocardiographie accompagnée de son compte-rendu cardiologique détaillé

Mammographie bilatérale accompagnée de son compte-rendu pour les femmes.

La durée de validité de ces examens est de 12 mois (si l'Assuré a déjà passé un de ces examens il transmettra les résultats directement au Médecin Conseil de la compagnie sous pli cacheté et confidentiel).

Les formalités financières sont nécessaires à partir de 2 000 001 € : avec le Questionnaire Financier Confidentiel accompagné des pièces justificatives indiquées dans ce questionnaire.

Ces formalités sont indispensables pour permettre l'appréciation du risque par l'assureur.

Après étude de ces éléments, des demandes d'informations complémentaires pourront être réclamées directement à la personne à assurer.

Questionnaire médical confidentiel

à compléter en intégralité, dater, signer et à renvoyer *

*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.

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.

La personne à assurer peut, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, accéder à ses données médicales, s'opposer à leurs traitements, demander leurs effacements, leurs limitations ou leurs portabilités pour des motifs légitimes en adressant un courrier avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. La personne à assurer peut également rectifier ces informations auprès du Médecin-Conseil de l'Assureur en lui adressant un courrier avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité.

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 :

Quelle est votre taille et quel est votre poids ? Taille CM Poids KG Si vous êtes actuellement enceinte, merci d'indiquer votre poids avant grossesse.

Répondre par
OUI ou par NON

Si Oui, veuillez cocher la(les) case(s)
correspondant à votre situation et préciser

1

Fumez-vous (y compris la cigarette électronique), consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées, ou faites-vous usage de drogues ou stupéfiants ?

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fumeur (y compris de cigarette électronique)	Quantité journalière :
	<input type="checkbox"/> Consommateur quotidien de boissons alcoolisées	Nombre de verre(s) par jour :
	<input type="checkbox"/> Consommateur de drogues ou de stupéfiants	

2

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié au cours de ces 10 dernières années d'une surveillance médicale (nécessité de consulter un médecin au moins une fois par an pour une pathologie et/ou un accident ne nécessitant pas de traitement) et/ou, d'au moins une de ces prescriptions médicales, du fait d'une pathologie ou d'un accident :

- un traitement médicamenteux de plus de 21 jours consécutifs,
- un traitement spécialisé tel que radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie ou interféron,
- un arrêt de travail de plus de 21 jours consécutifs,
- une hospitalisation, un séjour en établissement de soins ou une intervention chirurgicale (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, chirurgie dentaire ou prélèvement pour don d'organe),
- une rééducation,
- un appareillage ?

LE TABLEAU CI-APRÈS EN PAGE 2 EST À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À LA QUESTION N°2

	Pathologie 1 OU Accident 1	Pathologie 2 OU Accident 2	Pathologie 3 OU Accident 3
Laquelle / Lequel ?	.....	.....	.....
Nom du (des) traitement(s) (médicaments, traitements spécialisés, appareillage et rééducation) et période(s) de prescription	.....	.....	.....
En cas d'arrêt(s) de travail, préciser la(les) période(s)	.....	.....	.....
En cas d'hospitalisation, ou de séjour en établissement de soins, préciser la(les) période(s)	(joindre les comptes-rendus hospitaliers)	(joindre les comptes-rendus hospitaliers)	(joindre les comptes-rendus hospitaliers)
En cas d'intervention chirurgicale, préciser sa nature et la(les) date(s)	(joindre les comptes-rendus opératoires et anatomopathologiques)	(joindre les comptes-rendus opératoires et anatomopathologiques)	(joindre les comptes-rendus opératoires et anatomopathologiques)
Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% (ALD) pour ce motif par un régime obligatoire d'assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si vous avez plus de 3 pathologies et/ou accidents à déclarer, merci de les développer sur papier libre conformément au tableau ci-dessus, dûment identifié, daté et signé.

Répondre par
OUI ou par NON

Si Oui, veuillez cocher la(les) case(s)
correspondant à votre situation et préciser

3	Présentez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ou êtes-vous titulaire d'une pension, rente d'allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	Quelles séquelles ou lésions ou pour quel motif ?	.....
			À quelle(s) date(s) ?	.....
			Si pension ou rente, indiquez : - le taux ou la catégorie - l'organisme qui verse la prestation	.....
4	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens médicaux dont les résultats ont comporté une ou plusieurs anomalies ou attendez-vous des résultats d'examens médicaux ? <i>(joindre une copie des résultats d'examens)</i>	<input type="checkbox"/>	Pour quelle(s) pathologie(s) ou quel(s) accident(s) ?	.....
			Quel(s) type(s) d'examen(s) ?	.....
			À quelle(s) date(s) ?	.....
5	Au cours des 6 prochains mois, devez-vous consulter un médecin spécialiste, être hospitalisé(e), faire l'objet d'une intervention chirurgicale ou faire l'objet d'examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je dois consulter un médecin spécialiste	Lequel, quand, pourquoi ?
			<input type="checkbox"/> Je dois être hospitalisé(e) ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale	Quand, pourquoi, type d'anesthésie (locale/générale) ?
			<input type="checkbox"/> Je dois faire l'objet d'examens médicaux	Le(s)quel(s), quand, pourquoi ?

Je soussigné(e),

- 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.

- Pour les personnes pouvant bénéficier du dispositif prévu par la convention AERAS concernant le « Droit à l'oubli » : je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information. Le contrat de prévoyance PREVINDI n'étant pas concerné par ce dispositif.

- Autorise expressément le Médecin-Conseil d'AFI ESCA et celui des réassureurs de la compagnie à traiter les données renseignées dans le présent questionnaire, ainsi que celles communiquées dans tout document annexe transmis par mes soins (exemple : compte-rendu de consultation médicale, compte-rendu d'examen médical, etc...), dans le cadre de ma demande d'assurance et dans la gestion de mon contrat d'assurance, dans le respect des règles de conservation et/ou d'utilisation des données.

- Atteste avoir à ma disposition une enveloppe préimprimée « 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.

Vous pouvez retirer votre consentement aux traitements de vos données médicales renseignées dans le présent document, à tout moment pendant la vie de votre contrat et au terme de celui-ci, en adressant un mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex.

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.**