

Déclaration médicale

Ce document vaut demande d'enquête de la part de l'assureur.

Les données communiquées ci-après seront nécessaires pour pouvoir formuler une offre d'assurance.

Important

Le candidat à l'assurance doit compléter **personnellement**, entièrement, clairement et avec la plus grande sincérité ce questionnaire médical.

Le candidat à l'assurance doit répondre à toutes les questions en cochant la case "oui" ou "non". En cas de "oui", les cases correspondant aux affections dont il souffre ou a souffert doivent être cochées également et une description de l'affection, le traitement suivi, date de début et de fin et l'état actuel doivent être ajoutés.

Toute indication incomplète entraîne des retards.

Le candidat à l'assurance doit utiliser uniquement un **bic bleu ou noir** pour compléter ce questionnaire et éviter les autres couleurs, les marqueurs et les crayons.

Attention : Cette déclaration est composée de 4 pages.

L'original de ce document doit être envoyé au médecin-conseil de AG Insurance, de préférence dans l'enveloppe bleue ci-jointe.

Le double de ce document est destiné au candidat à l'assurance et ne doit pas être renvoyé.

AG Insurance

Sites de gestion

Sud

Boulevard Tirou 185
B-6000 Charleroi
Tél. +32(0)71 27 62 11
Fax +32(0)71 27 62 50

Bruxelles, Brabant & Limburg

Rue du Pont Neuf 17
B-1000 Bruxelles
Tél. +32(0)2 664 81 11
Fax +32(0)2 664 81 50

Noord

Berchemstadionstraat 70
B- 2600 Berchem
Tél. +32(0)3 218 31 11
Fax +32(0)3 218 31 50

www.aginsurance.be

Données médicales

1. Taille : cm Poids : kg. Modification de poids au cours des 3 dernières années : oui non
 Si oui, de combien de kilos ? Prise de poids de : kg Perte de poids de kg. Cause :

Alcool : Consommation moyenne journalière de boissons alcoolisées pendant les 6 derniers mois :

Bière : verres/jour Vin : verres/jour Alcool fort : verres/jour

Tabac

je fume cigarettes / jour cigares, pipes / jour
 j'ai arrêté totalement de fumer depuis **moins d'** 1 an
 j'ai arrêté totalement de fumer depuis **plus d'** 1 an
 je n'ai jamais fumé

Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (cannabis, cocaïne, LSD, héroïne,...) ? oui non

Si oui, lesquels ? Début : Fin : Consommation mensuelle :
 / / / /

Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? Pourquoi ? oui non

Etes-vous sous surveillance médicale ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui, lesquels ? oui non

Avez-vous pris au cours de ces 3 dernières années des médicaments ? Si oui, lesquels et quand ? oui non

2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert des affections ou symptômes suivants ?

Si oui, donnez une description ainsi que la date de début et de fin

a. Affections du coeur et de l'appareil circulatoire

oui non

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> infarctus | <input type="checkbox"/> phlébite |
| <input type="checkbox"/> souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> hémorragie cérébrale | <input type="checkbox"/> varices |
| <input type="checkbox"/> tachycardie ou augment. rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> embolie | <input type="checkbox"/> lymphoedème |
| <input type="checkbox"/> palpitations ou troubles du rythme | <input type="checkbox"/> thrombose ou caillot de sang | <input type="checkbox"/> artériosclérose |
| <input type="checkbox"/> angine de poitrine | <input type="checkbox"/> artérite | <input type="checkbox"/> autres affections |

Description et traitement	Début	Fin
.....	/ /	/ /

b. Affections de l'appareil respiratoire

oui non

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> emphysème | <input type="checkbox"/> pleurésie |
| <input type="checkbox"/> pneumonie | <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> autres affections |
| <input type="checkbox"/> bronchite chronique | | |

Description et traitement	Début	Fin
.....	/ /	/ /

c. Affections de l'appareil digestif

oui non

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> œsophagite ou inflammation de l'œsophage | <input type="checkbox"/> foie | <input type="checkbox"/> ulcère du duodénum |
| <input type="checkbox"/> œsophage | <input type="checkbox"/> vésicule | <input type="checkbox"/> colite ulcéreuse |
| <input type="checkbox"/> ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> pancréas | <input type="checkbox"/> maladie de Crohn |
| <input type="checkbox"/> estomac | <input type="checkbox"/> intestins | <input type="checkbox"/> autres affections |

Description et traitement	Début	Fin
.....	/ /	/ /





d. Affections de l'appareil génito-urinaire

oui non

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> reins | <input type="checkbox"/> sang, albumine ou sucre dans les urines | <input type="checkbox"/> prostate |
| <input type="checkbox"/> vessie | <input type="checkbox"/> sein(s) | <input type="checkbox"/> testicules |
| <input type="checkbox"/> voies urinaires | <input type="checkbox"/> utérus, ovaires | <input type="checkbox"/> autres affections |

Description et traitement

Début Fin

..... /..... /.....

e. Affections psychologiques et psychiatriques

oui non

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> surmenage, angoisse, burn-out | <input type="checkbox"/> stress | <input type="checkbox"/> tentative de suicide |
| <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> psychose | <input type="checkbox"/> autres affections |

Description et traitement

Début Fin

..... /..... /.....

f. Affections neurologiques

oui non

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> paralysie | <input type="checkbox"/> maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> troubles de l'équilibre, gêne de la marche | <input type="checkbox"/> sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> autres affections |
| <input type="checkbox"/> thrombose cérébrale, AIT, AVC | | |

Description et traitement

Début Fin

..... /..... /.....

g. Affections des organes des sens

oui non

- | | | |
|--|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> diminution de l'acuité visuelle, correction en dioptrie: | Gauche : | Droite : |
| <input type="checkbox"/> myopie, correction en dioptrie | Gauche : | Droite : |
| <input type="checkbox"/> glaucome | | |
| <input type="checkbox"/> cataracte | | |
| <input type="checkbox"/> diminution de l'acuité auditive, degré | Gauche : | Droite : |
| <input type="checkbox"/> autres affections des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge | | |

Description et traitement

Début Fin

..... /..... /.....

h. Autres affections

oui non

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> syndrome de fatigue chronique |
| <input type="checkbox"/> hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> kystes (nature et localisation) | <input type="checkbox"/> fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> thyroïde | <input type="checkbox"/> lumbago |
| <input type="checkbox"/> hépatite | <input type="checkbox"/> anomalies hormonales | <input type="checkbox"/> hernie discale |
| <input type="checkbox"/> SIDA ou séropositivité HIV | <input type="checkbox"/> rhumatisme | <input type="checkbox"/> sciatique |
| <input type="checkbox"/> maladie tropicale | <input type="checkbox"/> affection de la peau | <input type="checkbox"/> dos, colonne vertébrale |
| <input type="checkbox"/> goutte | <input type="checkbox"/> anorexie | <input type="checkbox"/> os, articulation |
| <input type="checkbox"/> maladie infectieuse | <input type="checkbox"/> affection congénitale | <input type="checkbox"/> ménisque, ligaments, tendons ou muscles |

Description et traitement

Début Fin

..... /..... /.....

3. Hospitalisation et opération

	Quand ?	Pourquoi ?	Durée du séjour
Avez-vous été hospitalisé(e) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Devez-vous subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



4. Avez-vous subi des examens spéciaux au cours des 5 dernières années ?

		Quand ?	Pourquoi ?	Résultat
Un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Une radiographie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Analyse de sang ou d'urines ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Autres examens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Lesquels ?	.....		

5. Avez-vous subi une radiothérapie ou une chimiothérapie ?

oui non

Quand ? Pourquoi ?

6. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, une incapacité de travail de plus de 2 semaines consécutives ?

oui non

Début Fin Début Fin
 Pourquoi ?

7. Avez-vous été victime d'un accident (sport, privé, travail ou circulation) ?

oui non

Quand ? Taux d'invalidité attribué : %

Séquelles ?

8. Avez-vous autre chose à communiquer concernant votre santé ?

oui non

Si oui, description et traitement

.....

9. Si vous êtes une femme

Etes-vous enceinte ? oui non Si oui, de combien de mois ?

Y a-t-il eu des complications lors de vos grossesses et/ou accouchement(s) ? oui non

Si oui, quelles ont été les complications ?

Avez-vous subi une mammographie ? oui non Si oui, quel est le résultat ?

Je, soussigné(e), déclare avoir reçu une copie des renseignements que j'ai fournis au sujet de mon état de santé. Je déclare avoir pris connaissance des **communications prescrites par la Loi relative à la Protection de la Vie Privée du 08.12.1992, reprises au verso de ce formulaire.**

En vue d'une gestion efficace de mon dossier, je donne mon consentement explicite pour le traitement des données médicales me concernant (Loi du 08.12.1992 – article 7).

Je confirme que mes réponses sont complètes, sincères et conformes à la vérité et marque mon accord pour qu'elles constituent la base du contrat d'assurance sur ma tête proposé par AG Insurance.

Je déclare savoir que toute omission ou inexactitude intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat.

J'autorise dès à présent AG Insurance à enquêter sur l'exactitude de cette déclaration ou sur les causes de mon incapacité, invalidité, dépendance, hospitalisation ou décès éventuels. Je déclare formellement délier du secret professionnel les médecins qu'elle devra interroger à cet effet. Je les autorise formellement à communiquer au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont ils disposent à propos de mon état de santé ainsi qu'un certificat établissant la cause de mon décès éventuel. Je suis disposé à me soumettre à une expertise médicale en cas d'incapacité ou d'invalidité.

Pour un traitement rapide de votre dossier il est absolument indispensable de joindre tout document médical en votre possession permettant d'apprécier la teneur des déclarations.

Signature du candidat à l'assurance:

Date

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

jour mois année



Protection de la vie privée

Données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel peuvent être traitées par AG Insurance, en tant que responsable du traitement, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la gestion du fichier clientèle, l'établissement de statistiques, la prévention de fraude et d'abus et – sauf en cas d'opposition expresse et gratuite de votre part – la promotion commerciale de produits et de services d'assurance. Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers, sauf pour autant que nous y soyons légalement ou contractuellement obligés ou qu'il y ait un intérêt légitime. Vous marquez accord sur le fait que ces données peuvent, le cas échéant, être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels vous faites appel. Vous avez un droit de regard sur vos données et pouvez, le cas échéant, les faire corriger. Vous pouvez vous opposer expressément à toute forme de direct marketing dans la proposition d'assurance.

Données médicales

Vous marquez accord sur le fait que AG Insurance traite les données médicales, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques et la prévention de fraude et d'abus. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Vous marquez cependant accord pour que nous communiquions ces données pour autant que nous y soyons légalement ou contractuellement obligés ou qu'il y ait un intérêt légitime.