

Questionnaire médical accompagnant une proposition Vie, Incapacité de travail et Soins de santé

[CONFIDENTIEL]

NOUVEAU :

Pour l'assurance solde d'emprunt, cette déclaration peut être complétée via KBC Touch !

Cela permet un traitement plus rapide de votre dossier.

À

KBC Assurances
Médecin-Conseil / LEUtiens - LMD
Van Overstraetenplein 2,
3000 Leuven

intermédiaire

<input type="checkbox"/> Groupe-ALIS	<input type="checkbox"/> Décès	nom et adresse (ou cachet)	numéro
<input type="checkbox"/> Groupe-pas ALIS	<input type="checkbox"/> Assurance Solde Emprunt / <input type="checkbox"/> Inclus LHP	.....	référence
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Revenu garanti/invalidité	.....	numéro d'entreprise
	<input type="checkbox"/> Exonération de prime	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	.....	.....

Numéro de police / Numéro de référence

déclarations de la personne à assurer

1 a. Nom (pour les femmes mariées, uniquement le nom de jeune fille) Prénom

.....

b. Date de naissance Sexe

..... H F

c. Coordonnées:

rue, numéro et éventuellement numéro de boîte aux lettres téléphone/gsm

code postal commune pays email

.....

Que devez-vous savoir avant de compléter le questionnaire?

L'assureur évalue le risque à assurer sur la base des données mentionnées sur ce questionnaire. Le fait de compléter correctement, précisément et intégralement ce questionnaire constitue dès lors une obligation légale. Toutes les circonstances dont vous avez connaissance et pouvant être importantes pour l'assureur en vue d'évaluer le risque doivent être communiquées.

L'omission d'informations ou la communication d'informations inexactes peut avoir des conséquences sur l'exécution du contrat d'assurance.

Toute déclaration intentionnellement inexacte ou incomplète entraîne la nullité de l'assurance.

Les modifications qui interviennent entre le moment où la présente déclaration est complétée et celui où le contrat d'assurance est conclu doivent être spontanément communiquées à l'assureur.

Déclaration de l'assuré

Je déclare avoir communiqué toutes les informations que je considère raisonnablement comme pouvant avoir une influence sur l'évaluation du risque par l'assureur.

Déclaration relative à la cause du décès

J'autorise expressément mes médecins traitants ainsi que, le cas échéant, le médecin qui constatera la cause du décès, à délivrer, à la demande de KBC Assurances SA, les informations médicales nécessaires et/ou une attestation mentionnant la cause du décès au médecin-conseil de KBC Assurances SA.

Je déclare avoir reçu une copie de ce questionnaire complet, qui compte 8 pages.

Fait à

date

signature de l'assuré

pour les mineurs d'âge, signature de l'un des parents ou du représentant légal (précédée de la mention "Lu et approuvé")

Comment compléter ce questionnaire ?

1. Répondez à toutes les questions. Si vous répondez par "oui", vous devez également répondre aux questions complémentaires.
2. Vous souhaitez une assurance décès ou solde restant dû ? Complétez alors la Partie I.
Vous souhaitez un revenu garanti, une exonération de prime ou une assurance hospitalisation ?
Complétez alors les deux parties.

Si vous avez besoin d'aide, téléphonez au numéro vert (gratuit) 0800 936 84 (tous les jours ouvrables, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00).

Partie I : à compléter pour toutes les assurances

2 a. Buvez-vous plus de 2 verres d'alcool par jour en moyenne ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Si oui, combien ? - vin verres par jour en moyenne - bière verres par jour en moyenne - spiritueux ou apéritifs verres par jour en moyenne
b. Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues, substances, hallucinogènes ou autre) au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Si oui, lesquels ? - en quelle quantité/à quelle fréquence ? - quand avez-vous cessé de consommer des stupéfiants ?
c. Avez-vous reçu un avis médical ou suivi un traitement en raison de votre consommation de :		Dans l'affirmative, précisez quel avis ou quel traitement :
- boissons alcoolisées	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	.....
- Tabac et/ou produits contenant de la nicotine (ex cigarette, cigarette électronique avec nicotine, patch de nicotine, vape avec produits contenant de la nicotine, narguilé ...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	.....
- stupéfiants (drogues, substances hallucinogènes ou autre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	.....

3 a. Poids kg Taille cm		
b. Avez-vous reçu un avis médical ou suivi un traitement en raison de votre poids ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Dans l'affirmative, précisez : - quel traitement ? - quand ?

4 Souffrez-vous ou avez-vous souffert, ces 10 dernières années, d'une affection*?

**on entend par affection, une maladie, un handicap, un syndrome, un problème de santé, les blessures résultant d'un accident.*

Ne sont pas considérées comme affection : les infections banales comme la grippe ou un refroidissement, des plaintes gastro-intestinales d'une durée inférieure à 1 semaine.

a. Cœur et vaisseaux sanguins : souffle au cœur ou malformation cardiaque, infarctus, douleurs thoraciques, palpitations cardiaques, hypertension, affection des artères (coronaires), arythmie cardiaque ou autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Si oui, répondez aux questions suivantes Description ? Traitement subi ? Date de début du traitement ? Durée ? Situation actuelle/évolution ?
b. Sang et noeuds lymphatiques : anémie, anomalie de la coagulation du sang ou de la moelle osseuse, leucémie ou autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Description ? Traitement subi ? Date de début du traitement ? Durée ? Situation actuelle/évolution ?
c. Système nerveux et cerveau : AVC, paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, inflammation du nerf optique ou autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Description ? Traitement subi ? Date de début du traitement ? Durée ? Situation actuelle/évolution ?

Si oui, répondez aux questions suivantes

- d. **Affections psychiques** : fatigue extrême, angoisses, dépression, tentative de suicide, psychose, trouble anxieux, schizophrénie ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- e. **Tumeurs, affections malignes ou cancer** non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- f. **Diabète, intolérance au glucose** non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- g. **Métabolisme, hormones et glandes** : goutte, hypercholestérolémie, affection de la glande thyroïde, hémochromatose, dérèglement hormonal ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- h. **Système respiratoire** : bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose, apnée du sommeil ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- i. **Appareil digestif ou abdomen** : hémorragies gastriques ou intestinales, affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, du pancréas, affections du foie (hépatite, cirrhose ou autre) ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- j. **Maladies infectieuses ou parasitaires** : séropositivité, SIDA, tuberculose, malaria, maladie vénérienne, hépatite B ou C ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- k. **Reins et voies urinaires** : protéinurie, cystites répétitives, calculs rénaux, incontinence ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- l. **Organes sexuels** : non oui Description ?
Pour les personnes de sexe féminin : affection au niveau de l'utérus ou de la poitrine, hémorragies ou autres affections ?
Pour les personnes de sexe masculin : affection de la prostate ou autres affections ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?
-
- m. **Muscles et articulations** : rhumatismes, rhumatisme psoriasique, dystrophie musculaire ou autres affections ? non oui Description ?
Traitement subi ?
Date de début du traitement ?
Durée ?
Situation actuelle/évolution ?

Si oui, répondez aux questions suivantes

n. **Yeux** : ophtalmie, diplopie ou autres affections ? non oui

Description ?

Traitement subi ?

Date de début du traitement ?

Durée ?

Situation actuelle/évolution ?

o. **Peau** : psoriasis, mélanome ou autres affections ? non oui

Description ?

Traitement subi ?

Date de début du traitement ?

Durée ?

Situation actuelle/évolution ?

p. **Nez, gorge et oreilles** : surdité, enrouement chronique, vertiges ou autres affections ? non oui

Description ?

Traitement subi ?

Date de début du traitement ?

Durée ?

Situation actuelle/évolution ?

q. **Autres affections** * non oui

*on entend par affection, une maladie, un handicap, un syndrome, un problème de santé, les blessures résultant d'un accident.
Ne sont pas considérées comme affection : les infections banales comme la grippe ou un refroidissement, des plaintes gastro-intestinales d'une durée inférieure à 1 semaine.

Description ?

Traitement subi ?

Date de début du traitement ?

Durée ?

Situation actuelle/évolution ?

5 a.  tes-vous actuellement en incapacité de travail ? non oui

Pourquoi ?

Depuis quand ?

Pour combien de temps ?

b. Avez-vous été en incapacité de travail pendant plus de trois semaines consécutives au cours des cinq dernières années ? non oui

Pourquoi ?

Quand ?

Pendant combien de temps ?

6 a. Avez-vous subi un traitement* pendant plus de trois semaines consécutives au cours des cinq dernières années ? non oui

Lequel ?

Pourquoi ?

Situation actuelle/évolution ?

b. Subissez-vous actuellement un traitement* ? non oui

* Par "traitement", l'on entend :
- tout médicament : cachets, sachets, sirops, suppositoires, inhalations, injections ou perfusions intramusculaires ou intraveineuses ou autre
- tout autre traitement ou suivi thérapeutique

Lequel ?

Pourquoi ?

Situation actuelle/évolution ?

7 a. Avez-vous été, au cours des 10 dernières années, soigné(e) dans un hôpital* ou hospitalisé(e) ? non oui

Pourquoi ?

Quand ?

Durée de l'hospitalisation ?

Situation actuelle/évolution ?

b. Avez-vous été opéré(e) au cours des dix dernières années ? non oui

Pourquoi ?

Quand ?

Durée de l'hospitalisation ?

Situation actuelle/évolution ?

Si oui, répondez aux questions suivantes

- c. Une hospitalisation ou une opération dans un hôpital* est-elle au programme de ces 12 prochains mois ? non oui Pourquoi ?
Quand ?

** On entend par "hôpital", tout établissement de soins, y compris les établissements psychiatriques, où des patients sont soignés ou résident en raison de leur état de santé, dans le but de traiter ou de soulager une maladie, de rétablir ou d'améliorer leur état de santé ou de stabiliser des lésions.*

- 8 a. Avez-vous consulté un médecin au cours de ces 12 derniers mois ? non oui Pourquoi ?
Quand ?
Situation actuelle/évolution ?

- b. Une consultation est-elle au programme de ces 3 prochains mois ? (avec exclusion du checkup de routine et de la consultation dans le cadre de la médecine du travail) non oui Pourquoi ?
Quand ?

Avez-vous bien répondu à toutes les questions?

Tout questionnaire incomplet vous sera retourné, ce qui entraînera du retard dans le traitement.

Vous n'êtes assuré qu'au moment de la signature de votre contrat et, jusqu'à ce moment, vous devrez communiquer toutes les modifications de votre état de santé.

C'est pourquoi il importe que vous complétiez le questionnaire et que vous le renvoyiez le plus rapidement possible.

Un questionnaire dûment complété nous permettra de traiter votre demande plus rapidement.

Si vous avez besoin d'aide, téléphonez au numéro vert (gratuit) 0800 936 84 (tous les jours ouvrables, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00).

Information au sujet de la compensation

Un mécanisme de solidarité spécial existe pour l'assurance solde d'emprunt qui sert de garantie à un crédit hypothécaire relatif à l'habitation unique et propre. Si une surprime médicale est imputée pour l'assurance solde d'emprunt en raison d'un risque de santé accru qui dépasse un certain seuil minimum, le mécanisme de compensation veillera à ce que le surplus ne doive pas être payé par le preneur d'assurance, mais qu'il soit pris en charge par la caisse de compensation. Le preneur d'assurance ne doit pas demander explicitement l'intervention de la caisse de compensation. La compagnie d'assurances qui impose une surprime médicale dépassant le seuil s'adresse directement à la caisse de compensation pour récupérer le surplus. Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez contacter nos agences KBC ou nos agents d'assurances KBC.

Protection des données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée est très important pour l'assureur. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel du (candidat-)preneur d'assurance, de l'assuré, de l'affilié ou du bénéficiaire dans la déclaration en matière de respect de la vie privée de l'assureur. Vous y trouverez également quels sont vos droits et comment vous pouvez les exercer. Pour pouvoir maintenir à jour la déclaration en matière de respect de la vie privée, la décision a été prise de la publier sur notre site Internet www.kbc.be/privacy. Vous pouvez également en obtenir une version papier auprès de votre intermédiaire (en assurances).

Si vous communiquez à l'assureur des données à caractère personnel d'autres personnes (par exemple un assuré), vous devez informer ces personnes au préalable sur l'utilisation de leurs données à caractère personnel par l'assureur et, si nécessaire, leur demander leur autorisation.

Si vous souhaitez une assurance décès ou solde d'emprunt uniquement, les questions suivantes ne doivent pas être complétées.

Partie II : À compléter pour les assurances suivantes:

hospitalisation, revenu garanti et exonération de prime (pas pour l'assurance décès/solde d'emprunt)

- 9 a. Décrivez le contenu de votre activité professionnelle (p.e. : aménagement de jardins, couvreur)
Exercez-vous votre activité professionnelle sous le statut d'indépendant ? non oui
Profession précédente ?
- b. Projetez-vous de résider à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ? non oui
Si oui, où ? Quand et pendant combien de temps ? But ?
- c. Bénéficiez-vous d'une prestation d'invalidité ? non oui Si oui, totale / partielle - pourcentage
Pourquoi ? Depuis quand ?
- d. Utilisez-vous du tabac et/ou des produits contenant de la nicotine ou avez-vous utilisé au cours des 12 derniers mois du tabac et/ou des produits contenant de la nicotine ? Nous entendons par là toute utilisation de tabac et/ou de nicotine. Exemples : cigarette électronique avec nicotine, patch de nicotine, gommes à mâcher à la nicotine, cigares, vape avec produits contenant de la nicotine, narguilé, ...
 non oui Si oui, lesquels, combien par jour en moyenne ?
- e. Consommez-vous ou avez-vous consommé non oui Si oui, lesquels ?
des stupéfiants (drogues, substances, hallucinogènes ou autre) au cours des 10 dernières années ?
- en quelle quantité/à quelle fréquence ?
- quand avez-vous cessé de consommer des stupéfiants ?

10 **Souffrez-vous ou avez-vous souffert, par le passé, d'une quelconque des affections* énumérées ci-dessous ?**

** on entend par "affection", toute maladie, handicap, syndrome, problème de santé, conséquence d'un accident...*

Les affections renseignées au point 4 n'ont pas à être répétées ici.

Si oui, répondez aux questions suivantes

- a. **Chirurgie esthétique ou traitement chirurgical de l'obésité** (opération de la poitrine, correction de la paroi abdominale, anneau gastrique, bypass, opération de Scopinaro...) non oui
Quel traitement ?
Date de l'opération ?
Durée de l'hospitalisation ?
Situation actuelle/évolution ?
- b. **Accident avec lésions corporelles** non oui
Lesquelles ?
Quand ?
Séquelles ?
Durée de la perte de connaissance/du coma (en cas de traumatisme crânien) ?
- c. **Dents et mâchoires** (béance, malocclusion ou autres affections ?) non oui
Quelle affection ou plainte ?
Quel traitement ?
Quand et pendant combien de temps ?
Situation actuelle/évolution ?
- Une intervention est-elle prévue ? non oui
Quelle intervention ?
Quand ?
- d. **Os et articulations** : fractures, arthrose, arthrite, lésions tendineuses, musculaires, ligamentaires ou méniscales, ostéoporose ou autres affections non oui
Quelle affection ou plainte ?
Quel traitement ?
Quelle partie du corps ?
À gauche ou à droite ?
Quand et pendant combien de temps ?
Situation actuelle/évolution ?

Portez-vous une prothèse ou du matériel d'ostéosynthèse (plaques métalliques ou synthétiques, broches, vis ou autres)

non oui

Si oui, répondez aux questions suivantes

Lequel/laquelle ?

Où ?

Ce matériel a-t-il été enlevé ou l'enlèvement est-il encore prévu ?

Si oui, quand ?

e. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact avec une puissance -8 dioptries ou plus ?

non oui

Dioptries (puissance) oeil gauche :

Dioptries (puissance) oeil droit :

f. Avez-vous subi une opération des yeux ?

non oui

Si oui, avez-vous avant l'opération une correction de - 8 dioptries ou plus ?

non oui

Dioptries avant l'opération :

- oeil gauche :

- oeil droit :

Une lentille a été implanté ?

non oui

gauche droit

11a. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre prestataire de soins* pour des douleurs de nuque ? (blocage, hernie discale, arthrose, "coup du lapin", ...)

non oui

Pour quelle affection ou lésion ?

Combien d'épisodes ?

Quand/durant quelle période ?

Séquelles ?

Situation actuelle ?

b. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre prestataire de soins* pour des douleurs dorsales ? (blocage, lumbago, hernie discale, arthrose ...)?

non oui

Pour quelle affection ou lésion ?

Combien d'épisodes ?

Quand/durant quelle période ?

Séquelles ?

Situation actuelle ?

* Il faut entendre par "prestataire de soins": un kinésithérapeute, un chiropracteur, un ostéopathe, un thérapeute manuel, etc

Si oui, à la suite de douleurs de nuque ou dorsales, avez-vous

> suivi un traitement?

non oui

Médicaments : lesquels ? période ?

Kinésithérapie : nombre ? période ?

Ostéopathie : nombre ? période ?

Chiropraxie : nombre ? période ?

Injections : lesquelles ?

combien ? période ?

Intervention chirurgicale :

lesquelles ?

dates ?

Autres : quoi ? periode ?

> subi un examen radiologique (radiographie, scanner...) ou une EMG (électromyographie) ?

non oui

Quel examen ? date ?

Anomalies ?

> été en incapacité de travail ?

non oui

Quand ?

- du au

- du au

12 Avez-vous subi, au cours des cinq dernières années, l'un des examens suivants ou l'un des examens suivants est-il au programme :

a. un électrocardiogramme

non oui

Date ? Pourquoi ?

Résultat ?

b. un examen radiologique (radiographie)

non oui

Date ? Pourquoi ?

Résultat ?

c. une analyse de sang

non oui

Date ? Pourquoi ?

Résultat ?

d. une analyse d'urine

non oui

Date ? Pourquoi ?

Résultat ?

Si oui, répondez aux questions suivantes

13 Subissez-vous ou avez-vous déjà subi un traitement (pas un examen !) utilisant des substances radioactives (rayons) ou la chimiothérapie (perfusions) ? non oui

Quelle affection ou plainte ?

Pour quelle partie du corps/organe ?

Quel traitement ?

Quand et pendant combien de temps ?

Situation actuelle/évolution ?

14 Avez-vous déjà subi un électroencéphalogramme, un scanner, une RMN, une scintigraphie, une artériographie ou un quelconque autre examen ? non oui

Date ?

Lequel ?

Pourquoi ?

Résultat ?

Pour les personnes du sexe féminin :

15 Précédentes grossesses ? non oui

Combien ?

Complications éventuelles ?

16 a. Êtes-vous enceinte? non oui

De combien de mois ?

b. Y a-t-il des complications (instabilité du bassin, protéinurie, hypertension, risques d'accouchement prématuré, retard de croissance de l'enfant à naître...)? non oui

Lesquels ?

Avez-vous bien répondu à toutes les questions?

Tout questionnaire incomplet vous sera retourné, ce qui entraînera du retard dans le traitement.

Vous n'êtes assuré qu'au moment de la signature de votre contrat et, jusqu'à ce moment, vous devez communiquer toutes les modifications de votre état de santé.

C'est pourquoi il importe que vous complétiez le questionnaire et que vous le renvoyiez le plus rapidement possible.

Un questionnaire dûment complété nous permettra de traiter votre demande plus rapidement.

Si vous avez besoin d'aide, téléphonez au numéro vert (gratuit) 0800 936 84 (tous les jours ouvrables, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00).

Traitement des données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée est très important pour l'assureur. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel du (candidat-)preneur d'assurance, de l'assuré, de l'affilié ou du bénéficiaire dans la déclaration en matière de respect de la vie privée de l'assureur. Vous y trouverez également quels sont vos droits et comment vous pouvez les exercer. Pour pouvoir maintenir à jour la déclaration en matière de respect de la vie privée, la décision a été prise de la publier sur notre site Internet www.kbc.be/privacy. Vous pouvez également en obtenir une version papier auprès de votre intermédiaire (en assurances).

Si vous communiquez à l'assureur des données à caractère personnel d'autres personnes (par exemple un assuré), vous devez informer ces personnes au préalable sur l'utilisation de leurs données à caractère personnel par l'assureur et, si nécessaire, leur demander leur autorisation.