

# A. RAPPORT MÉDICAL

**KBC Assurances vous verse 50,00€ pour cette Déclaration médicale à compléter et pour le prélèvement de sang et d'urine. Ce paiement n'est effectué que si nous recevons le formulaire de remboursement complété et signé. Nous vous prions de ne rien facturer à notre client.**

nom et prénom: ..... à :  
adresse actuelle .....  
date de naissance .....  
numéro(s) de police ..... et .....

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

**CONFIDENTIEL**

Le médecin est prié de parcourir au préalable le questionnaire médical avec la personne à examiner, de vérifier si une réponse a été fournie à toutes les questions et si la personne à examiner a signé le questionnaire. Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les anomalies éventuellement constatées.

RENDEZ-VOUS chez le docteur ..... le ..... 20 ..... à ..... h.

## 1 MORPHOLOGIE

a Taille ..... cm (résultat de la mesure) c Périmètre du thorax ..... cm en inspiration ..... cm en expiration  
b Poids ..... kg (résultat de la pesée) d Circonférence de l'abdomen ..... cm

**NON OUI Commentaires**

## 2 HABITUDES

a Les activités ou habitudes de la personne à assurer peuvent-elles avoir une influence défavorable sur sa santé?  NON  OUI Lesquelles? .....

b Constatez-vous des signes d'abus d'alcool, de tabac ou de médicaments, d'usage de stupéfiants?  NON  OUI Lesquels? .....

## 3 ORGANES ENDOCRINIENS ET MÉTABOLIQUES

Votre examen fait-il apparaître une anomalie?  NON  OUI Laquelle? .....

## 4 PSYCHIATRIE

Y a-t-il des troubles de la personnalité ou des indices pouvant faire supposer une affection psychique?  NON  OUI Lesquels? .....

## 5 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCULAIRE

Remarquez-vous des symptômes laissant supposer une affection du système nerveux ou une myopathie?  NON  OUI Lesquels? .....

## 6 SENS

a Y a-t-il une affection de l'appareil auditif?  NON  OUI Laquelle? ..... D: ..... G: .....  
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive?  NON  OUI Degré? ..... D: ..... G: .....  
b Y a-t-il une affection des yeux?  NON  OUI Laquelle? .....  
Une correction est-elle nécessaire?  NON  OUI Avant correction: OD = ..... OG = .....  
Après correction: OD = ..... avec ..... dioptries  
OG = ..... avec ..... dioptries

## 7 COEUR ET CIRCULATION

a Troubles du rythme?  NON  OUI Lesquels? .....

b Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublément, galop etc.)?  NON  OUI Intensité: .....

c Entendez-vous un souffle cardiaque?  NON  OUI Systolique: Où? ..... Intensité: .....  
Diastolique: Où? ..... Intensité: .....  
Comment se propage-t-il? .....

d S'agit-il d'un souffle organique?  NON  OUI Diagnostic: .....

e Y a-t-il une anomalie du pouls des artères radiale, carotide, fémorale, tibiale postérieure ou pédieuse?  NON  OUI Où? .....  
 à droite  à gauche  
Cause: ..... Dans quelle mesure? .....

f Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques?  NON  OUI Lesquels? ..... Dans quelle mesure? .....

Tension artérielle systolique: .....  non traitée  
diastolique: .....  traitée depuis .....

KBC Assurances SA – Professor Roger Van Overstraetenplein 2 – 3000 Leuven – Belgique

TVA BE 0403.552.563 - RPM Leuven

Entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014 (A.R. 4 juillet 1979, M.B. 14 juillet 1979) par la Banque nationale de Belgique (BNB), Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, Belgique.

**Société du groupe KBC**

	NON	OUI	Commentaires
Fréquence du pouls: ...../minute			Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une mesure après effort.
Contrôle éventuel:			Résultat:
Systolique: ..... .....			Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 14/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen
Diastolique: ..... .....			après un temps de repos.
Pouls: ...../minute			

## 8 APPAREIL RESPIRATOIRE

Votre examen fait-il apparaître une anomalie?  NON  OUI Laquelle? .....

## 9 APPAREIL DIGESTIF

- a La langue, le pharynx ou les amygdales ont-ils un aspect pathologique?  NON  OUI Lequel? .....
- b La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique?  NON  OUI Lequel? .....
- c Le foie ou la rate est-il (elle) agrandi(e)?  NON  OUI De combien de cm? ..... Cause: .....
- d Y a-t-il une hernie, une éventration?  NON  OUI Où? bilatérale  non  oui

## 10 SYSTÈME URO-GÉNITAL (à examiner uniquement en cas de problème uro-génital, actuel ou passé)

Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins?  NON  OUI Lesquels? .....

## 11 PEAU

Y a-t-il une affection de la peau ou des phanères?  NON  OUI Laquelle? .....

## 12 GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les ganglions lymphatiques ont-ils augmenté de volume?  NON  OUI Où? ..... Cause: .....

## 13 OS, ARTICULATIONS ET TISSUS CONJONCTIFS

- a Remarquez-vous des malformations ou des anomalies du squelette?  NON  OUI Lesquelles? .....  
(troubles du développement, divergences d'axe à hauteur des membres, divergences à hauteur de la colonne vertébrale? (cyphose, scoliose, lordose, bascule du bassin, ...))
- b Y a-t-il présence de cicatrices, de contractures ou de matériel d'ostéosynthèse?  NON  OUI Lesquels? .....
- c Remarquez-vous des anomalies lors de l'examen fonctionnel?  NON  OUI Lesquelles? .....  
(diminution de la force ou de la mobilité, laxité, périmétrie asymétrique, ...) en particulier à hauteur de la colonne vertébrale? (douleur à la percussion, indice Lasègue ou Schöber anormal)  NON  OUI Lesquelles? .....

## 14 CONCLUSION

- Existe-t-il selon vous un risque plus élevé:
- a de décès prématuré  NON  OUI .....
- b d'incapacité de travail totale ou partielle, temporaire ou définitive?  NON  OUI .....

**Important:** l'assureur invite le médecin à s'abstenir, en présence de la personne à assurer ou de l'agent d'assurances, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

## B. ANALYSE EN LABORATOIRE DU SANG ET DE L'URINE

---

KBC Assurances verse au laboratoire un montant de **45,00 €** pour les tests ci-dessous. Le paiement est effectué après réception de la facture du laboratoire.

OUTRE L'EXAMEN CLINIQUE, VEUILLEZ ÉGALEMENT EFFECTUER LES EXAMENS INDIQUÉS

Analyse en laboratoire de l'urine: albumine, sucre et microscopie

Analyse en laboratoire du sang: sédimentation, hémoglobine, numération des globules rouges et blancs avec formule leucocytaire, glycémie, cholestérol, cholestérol HD, cholestérol HD, créatinine, SGPT, SGOT, GGT, Bilirubine, Phosphatase alcaline et recherche anticorps H.I.V.

## C. ECG AU REPOS ET à L'EFFORT

---

(\*\*\*à compléter par le cardiologue si le candidat-assuré est âgé de 51 ans ou plus\*\*\*)

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](http://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.

signature

fait à

le



**KBC Assurances  
LEUtiens - LMD  
Van Overstraetenplein 2  
3000 Leuven**

## **Formulaire de remboursement des frais médicaux (rapport médical & prélèvement sang/urine)**

Nom et prénom client: .....

Date de naissance : .....-.....-.....

Numéro de police : .....

KBC Assurances vous verse 50,00 € pour cette Déclaration médicale à compléter et pour le prélèvement de sang et d'urine. Ce paiement n'est effectué que si nous recevons ce formulaire entièrement complété et signé. Nous vous prions de ne rien facturer à notre client.

Ce n'est que si vous complétez **correctement** et **complètement** les données ci-dessous que nous pourrons effectuer le paiement.

Nom du médecin  
ou de la SPRL: .....

Adresse du médecin  
ou de la SPRL: .....  
.....  
.....

**Numéro d'entreprise (!):** .....

IBAN: .....

BIC: .....

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](http://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.

DATE:

Cachet et signature du médecin:



**KBC Assurances  
LEUtiens - LMD  
Van Overstraetenplein 2  
3000 Leuven**

## Formulaire de remboursement des frais médicaux (ECG par cardiologue)

Nom et prénom client: .....

Date de naissance : ..... - ..... - .....

Numéro de police : .....

KBC Assurances vous verse 85,00 € pour l'ECG au repos et à l'effort.

Ce paiement n'est effectué que si nous recevons ce formulaire entièrement complété et signé.

Nous vous prions de ne rien facturer à notre client pour cet ECG.

Ce n'est que si vous complétez **correctement** et **complètement** les données ci-dessous que nous pourrons effectuer le paiement.

Nom du médecin  
ou de la SPRL: .....

Adresse du médecin  
ou de la SPRL: .....

**Numéro d'entreprise (!):** .....

IBAN: .....

BIC: .....

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](http://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.

DATE:

Cachet et signature du médecin: