

Demande d'ajout

Numéro de police : _____

À retourner au Service médical
d'Ethias SA
rue des Croisiers 24 à 4000 Liège

CONFIDENTIEL

Le questionnaire doit être complété personnellement par le candidat assuré ou son représentant légal

1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER

Nom et prénom : _____
 Date de naissance : _____ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Adresse : _____ Votre n° d'affilié : _____
si vous êtes déjà assuré(e)
 Code postal : _____ Localité : _____ N° : _____ Bte : _____
 N° de tél. privé : _____ E-mail : _____
 GSM : _____ N° de tél. employeur : _____
 Votre n° de compte : _____
 Fonction du candidat preneur d'assurance : _____
 Employeur du candidat preneur d'assurance : _____

NOTICE IMPORTANTE

L'appréciation du risque à assurer est basée sur les déclarations du candidat assuré et toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ses réponses peut entraîner, en vertu de l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, la nullité du contrat d'assurance et le refus de paiement des garanties assurées. Des réponses complètes, claires et sincères sont expressément exigées. Le fait de répondre partiellement ou imprécisément peut entraîner des demandes de renseignements complémentaires et des retards.

Si vous omettez de déclarer les symptômes d'une maladie qui se sont déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et que la maladie en cause est diagnostiquée dans un délai de deux ans suivant la date de prise d'effet du contrat, la maladie et ses conséquences ne seront pas prises en charge.

2

- Êtes-vous amené à prendre certains risques en exerçant votre profession ? Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
- Avez-vous dû changer de profession pour des raisons de santé ? Oui Non
Si oui, lesquelles ? _____
Quand ? _____ Profession antérieure ? _____
- Pratiquez-vous un sport ? Oui Non
Si oui, lequel ? _____
Fréquence ? _____
- Avez-vous déjà séjourné en dehors de l'Europe pendant plus de 3 mois ou comptez-vous le faire au cours des 12 prochains mois ? Oui Non
Si oui, où ? _____
Quand ? Du _____ au _____
Motif ? _____

3

- Présentez-vous une affection quelconque (déformation, malformation, maladie, séquelles) ? Oui Non
Si oui, laquelle ? _____
- Votre capacité de travail est-elle réduite ? Oui Non
Si oui, pour quelle affection ? _____
- Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ? Oui Non
Si oui, quand ? _____
Pour quelle affection ? _____ Durée ? _____
- Êtes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente invalidité ? Oui Non
Motif ? _____ Taux ? _____
Depuis quand ? _____ Profession antérieure ? _____
- Avez-vous déjà été refusé, ajourné ou accepté moyennant surprime en vue de la souscription d'une assurance sur la vie, une assurance « invalidité », une assurance « revenu garanti » ou une assurance « soins de santé » ? Oui Non
Si oui, quand ? _____ Pourquoi ? _____
Par quelle compagnie ? _____ Taux éventuel de surprime ? _____

4 Quelle est votre tension artérielle ? / (max/min)
 Combien pesez-vous ? kg Combien mesurez-vous ? cm
 Votre poids a-t-il augmenté ou diminué durant les 5 dernières années ? Oui Non
 Si oui, de combien ? + kg - kg Cause : Intentionnellement ? Oui Non

5 • Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Oui Non Lesquelles et la quantité par jour
 • Fumez-vous ? Oui Non La quantité par jour

6 • Avez-vous été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une maison de santé ou un établissement thermal ? Oui Non
 Pour quelle affection ? Quand ? Pendant combien de temps ?
 • Vous a-t-on ordonné une cure de repos, de désintoxication, une cure diététique ou d'un autre genre ? Oui Non
 • Devez-vous être hospitalisé prochainement ? Oui Non
 Quand ? Pourquoi ?
 • Devez-vous subir une intervention chirurgicale ? Oui Non
 Quand ? Pourquoi ?

7 • Avez-vous été soumis à un examen radiologique au cours des deux dernières années ? Oui Non
 Pourquoi ? Résultats ?
 • Avez-vous été soumis à un autre examen spécialisé au cours des deux dernières années ? Oui Non
 Pour quelle affection ? Quand ?
 Résultats ?
 • Avez-vous été soumis à un électrocardiogramme ? Oui Non
 Quand ? Résultats ?
 • Avez-vous été soumis à un électroencéphalogramme ? Oui Non
 Quand ? Résultats ?
 • Avez-vous été soumis à une analyse du sang ? Oui Non
 Quand ? Résultats ?
 • Avez-vous été soumis à une analyse des urines ? Oui Non
 Quand ? Résultats ?
 • Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA dont le résultat est positif ? Oui Non
 Quand ?
 • Autres ?
 Quand ? Résultats ?

8 • Citez tous les médicaments consommés au cours des 3 derniers mois :
 Quand ? Pourquoi ?
 • Avez-vous consommé antérieurement des médicaments pendant plus de 3 semaines ? Oui Non
 Lesquels ? Depuis quand ? Fréquence ?
 • Prenez-vous d'ordinaire des médicaments contre les maux de tête ou les douleurs, des somnifères
 ou des tranquillisants ? Oui Non
 • Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? Oui Non
 Lesquels ? Jusqu'à quand ?

9 • Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Oui Non
 • Avez-vous subi une transfusion sanguine ? Oui Non
 • Avez-vous suivi un traitement aux substances radioactives, chimiothérapique ? Oui Non
 • Avez-vous été victime d'un accident grave ou d'une intoxication ? Oui Non
 En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée :

 • Des accouchements ont-ils donné lieu à des complications ? Oui Non
 Lesquelles ?
 Quand ?
 • Êtes-vous enceinte ? Oui Non
 Depuis quand ?
 La grossesse se déroule-t-elle normalement ? Oui Non
 • Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection gynécologique ou des seins ? Oui Non

10 Avez-vous subi ou subissez-vous un traitement médical relatif: **Soulignez le(s) traitement(s) adéquat(s) et complétez le cadre 11**

- Aux voies respiratoires ? Oui Non
 enrouement chronique, asthme, bronchite chronique, emphysème, toux accompagnée d'expectoration sanguinolente, tuberculose pulmonaire
 Autres :
- À l'appareil circulatoire ? Oui Non
 palpitations, oppression, syncope, angine de poitrine, infarctus, malformation ou souffle cardiaque, tension artérielle trop élevée, phlébite, thrombose
 Autres :
- Au système nerveux ? Oui Non
 maux de tête, vertiges, évanouissements, épilepsie, attaque d'apoplexie, paralysie, névrite
 Autres :
- À l'appareil digestif ? Oui Non
 troubles de l'estomac ou des intestins, ulcères, vomissements de sang, maladies du foie, jaunisse, colique hépatique, fistules anales
 Autres :
- Aux oreilles ? Oui Non
 Écoulement, troubles de l'audition
- Aux yeux ? Oui Non
 Inflammation, trouble de la vue (nature et degré)
- Aux os ou aux articulations ? Oui Non
 Rhumatisme, arthrite, affection de la colonne vertébrale, lumbago, sciatique
 Autres :
- À la peau ? Oui Non
 Laquelle :
- Aux ganglions lymphatiques ? Oui Non
 Augmentation ou suppuration?
- À l'appareil urinaire ? Oui Non
 reins, vessie, urètre, prostate, sang, albumine, pus ou calculs, présence de sucre dans l'urine ?
- À des maladies sexuellement transmissibles (SIDA,...) ? Oui Non
 Laquelle :
- À des maladies infectieuses ou tropicales ? Oui Non
 scarlatine, diphtérie, angine récidivante, typhoïde, septicémie, hépatite, méningite, paludisme, amibes
 Autres :
- À des troubles psychiques ? Oui Non
 dépression, névrose, psychose, tentative de suicide ou autre atteinte psychiatrique?
- À des maladies ou infirmités non citées plus haut ? Oui Non
 diabète, maladie du sang, anémie, goutte, hernie, tumeur, cancer, atrophie musculaire, paralysie, difformité ou mutilation d'un membre
 Autres :

11 IMPORTANT

S'il a été répondu par OUI à l'une des questions sous chiffre 9 et 10

De quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?

.....

Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires

.....

12 COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT

- Qui est votre médecin habituel (nom et adresse complète) ?
- Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé?
 Quand ?
 Pourquoi?
- N'avez-vous rien d'autre à déclarer concernant votre santé ?

Je soussigné(e), _____

déclare avoir répondu aux questions qui précèdent sans réticence intentionnelle.

Je m'engage à communiquer à l'assureur toutes les informations complémentaires qu'il estimera nécessaires à la réalisation du contrat d'assurance. Le cas échéant, je me charge d'obtenir ces informations auprès des médecins qui m'ont soigné.

Ceci n'est pas une proposition d'assurance et n'engage pas les parties.

En cas de conclusion d'un contrat, vous donnez votre consentement à la communication éventuelle des données à caractère personnel par Ethias au G.I.E. Datassur, dans le cadre de la gestion des contrats et des sinistres (Datassur, service « fichiers », square de Meeûs 29, 1000 Bruxelles).

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias – Service 1035 Rue des Croisiers 24 4000 Liège
Fax 04 220 39 65 gestion-des-plaintes@ethias.be
- Service ombudsman assurances – Square de Meeûs 35 1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Traitement de données relatives à la santé et/ou autres données sensibles

Vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre.

Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-après.

Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués. Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière. Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
 - la lutte contre la fraude ;
 - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
 - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
 - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.

Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;

- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias
Data Protection Officer
Rue des Croisiers 24
4000 Liège
DPO@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données
Rue de la Presse 35
1000 Bruxelles
Tél. : +32 2 274 48 00
E-mail: commission@privacycommission.be

Fait à

le

En application de la clause de traitement des données relatives à la santé figurant ci-avant, j'autorise donc Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée.

Signature du candidat preneur d'assurance ou de son représentant légal