



Questionnaire médical

HOSPI QUALITY +

Confidentiel

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

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

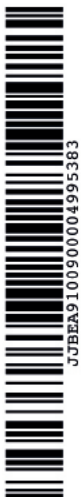
Identité de la personne à assurer

Nom	_____		
Prénom	_____		
Date de naissance	____.____.____	N° d'affilié du preneur d'assurance	_____
Adresse	_____		N° _____
Code postal	_____	Localité	_____
N° de téléphone	_____	N° de GSM	_____
E-mail	_____		
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 6 de la loi du 25 juin 1992, 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.



1. Avez-vous dû changer de profession pour des raisons de santé ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Quand ? ____ . ____ . ____ | Profession antérieure ?

2. Êtes-vous ou 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 ?

3. Votre capacité de travail est-elle réduite et/ou bénéficiez-vous d'une pension anticipée pour raison de santé ? Oui Non

Si oui, pour quelle raison ?

4. Etes-vous titulaire d'une rente d'invalidité/d'incapacité ? Oui Non

Motif ?

Depuis quand ? ____ . ____ . ____ | Taux d'invalidité ?

Profession antérieure ?

5. Quel est votre poids ? ____ kg Votre IMC ____

Quelle est votre taille ? ____ cm

6. Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre poids ? Oui Non

Si oui, décrivez l'avis médical ou le traitement prescrit

.....

.....

7. Présentez-vous une affection quelconque (déformation, malformation, maladie, séquelles) ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

.....

8. Etes-vous enceinte ? Oui Non

Si oui, date prévue de l'accouchement ? ____ . ____ . ____ |

La grossesse se déroule-t-elle normalement ? Oui Non

Si non, merci de préciser

.....

9. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection gynécologique ou des seins ? Oui Non

Si oui, merci de préciser

.....

10. Ces 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé, subi une intervention chirurgicale ou est-ce prévu dans les 12 prochains mois ? (hors grossesse et accouchement) Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....

Quand ? ____ . ____ . ____ | Durée ?



11. Ces deux dernières années, avez-vous été soumis à un examen spécialisé (radiologique, analyse de sang, électrocardiogramme ou autres) ?

Oui Non

Si oui, cochez le ou les types d'examen :

• Un électrocardiogramme ?

Oui Non

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

• Un examen radiologique ?

Oui Non

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

• Un électroencéphalogramme ?

Oui Non

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

• Une analyse de sang ? (à titre de diagnostique et/ou pour un dépistage)

Oui Non

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

• Une analyse des urines ?

Oui Non

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

• Autre(s) examen(s) que ceux repris ci-dessus ?

Oui Non

Le(s)quel(s)

.....

Quand ? | | | . | | | . | | | | |

Résultats ?

12. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments sur base d'une prescription médicale pour une affection/maladie durant ces trois derniers mois?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Pourquoi ?

.....

Quelle fréquence ?

.....

13. Au cours de ces 10 dernières années, avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection ?

Oui Non

• Aux voies respiratoires ?

Oui Non

enrrouement chronique asthme bronchite chronique emphysème

tuberculose pulmonaire toux accompagnée d'expectoration sanguinolente

autres (veuillez préciser) :

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....



• **A l'appareil circulatoire ?**

Oui **Non**

- palpitation
- angine de poitrine
- tension artérielle trop élevée
- autres (veuillez préciser) :
- oppression
- infarctus
- phlébite
- syncope
- malformation ou souffle cardiaque
- thrombose

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

• **Au système nerveux ?**

Oui **Non**

- maux de tête
- épilepsie
- névrite
- autres (veuillez préciser) :
- vertiges
- attaque d'apoplexie
- évanouissements
- paralysie

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

• **À l'appareil digestif ?**

Oui **Non**

- troubles de l'estomac ou des intestins
- maladies du foie
- fistules anales
- autres (veuillez préciser) :
- ulcères
- jaunisse
- vomissements de sang
- colique hépatique

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

• **Aux oreilles ?**

Oui **Non**

- écoulement
- troubles de l'audition

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

• **Aux yeux ?**

Oui **Non**

- inflammation
- autres (veuillez préciser) :
- trouble de la vue (nature et degré)

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....



• **Aux os ou aux articulations ?**

Oui Non

- rhumatisme arthrite affection de la colonne vertébrale
- lumbago sciatique
- autres (veuillez préciser) :

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....

• **À la peau ?**

Oui Non

Laquelle ?

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....

• **À l'appareil urinaire ?**

Oui Non

- reins vessie urètre
- prostate sang albumine
- pus ou calculs présence de sucre dans l'urine

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....

• **À des maladies sexuellement transmissibles (SIDA ,...) ?**

Oui Non

Laquelle ?

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....

• **À des maladies infectieuses ou tropicales ?**

Oui Non

- scarlatine diphtérie angine récidivante
- typhoïde septicémie hépatite
- méningite paludisme amibes
- autres (veuillez préciser) :

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....

• **À des troubles psychiques ?**

Oui Non

- dépression névrose
- psychose tentative de suicide
- autre atteinte psychiatrique (veuillez préciser) :

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....

.....



• **À des maladies ou infirmités non citées plus haut ?** **Oui** **Non**

- diabète
- goutte
- cancer
- difformité ou mutilation d'un membre
- autres (veuillez préciser) :
- maladie du sang
- hernie
- atrophie musculaire
- ganglions lymphatiques
- anémie
- tumeur
- paralysie

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

14. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une transfusion sanguine ? **Oui** **Non**

Si oui, pour quelle maladie, accident opération ou autre ? (décrivez-les avec vos mots.)

.....
.....

Quand ? ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ .

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

15. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par chimiothérapie et/ou par radiothérapie ? **Oui** **Non**

Si oui, pour quelle maladie, accident opération ou autre ? (décrivez-les avec vos mots.)

.....
.....

Quand ? ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ .

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

16. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été victime d'un accident grave ou d'une intoxication ? **Oui** **Non**

Si oui, pour quelle maladie, accident ou autre ? (décrivez-les avec vos mots.)

.....
.....

Quand ? ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ .

Pourriez-vous nous en expliquer les causes (maladie ? opération ? accident ? ...) et nous fournir des précisions détaillées sur le traitement (quand ? pour quelle durée ? date de guérison ? y a-t-il des séquelles ?...) ?

.....
.....

17. Au cours des 10 dernières années, 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 «hospitalisation» ? **Oui** **Non**

Si oui, quand ? ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ .

Pourquoi ?

.....
.....



18. Qui est le médecin traitant habituel de votre ménage ?

Mon médecin n'exerce pas en Belgique

Nom _____

Adresse _____ N° _____

Code postal _____ Localité _____

Pays _____

19. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre santé ?

Oui

Non

Que souhaitez-vous déclarer ?

.....

.....

.....

.....

.....

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.

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.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

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

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

commission@privacycommission.be