

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR UNE ASSURANCE LIÉE A L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

## INCAPACITE DE TRAVAIL – DECES

Le présent 'Questionnaire médical' servira à votre affiliation à l'assurance Incapacité de Travail – Décès liée à l'activité professionnelle de votre employeur. Nous vous demandons de bien vouloir remplir avec soin et signer ce questionnaire.

Nous vous invitons à écrire le plus lisiblement possible et à répondre de manière complète à toutes les questions. Les traits, rayures ou autres signes particuliers sur le texte pré-écrit de ce document ne peuvent en aucun cas servir de réponse. Toute information illisible, incomplète ou manquante pourra entraîner un retard dans le traitement de votre demande. Afin d'éviter toutes contestations, il est important que la personne à assurer (ou son(s) représentant(s)) y réponde d'une manière complète et sincère. Toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité du contrat (loi du 4 avril 2014 relative aux assurances).

**Le questionnaire médical complété, daté et signé est à renvoyer sous pli fermé au Secrétariat Médical Vie d'Allianz Benelux SA, Blvd du Roi Albert II 32, à 1000 Bruxelles.**

Références :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  /  /

N° de carte d'identité :

Sexe :  M  F  Autre

Rue :

N°/Boite :

Code postal/Localité :

Adresse email\* de l'assuré (facultatif) :

\* En complétant votre adresse email, vous acceptez que les échanges avec le secrétariat médical d'Allianz Benelux soient réalisés de manière digitale. Cette adresse ne sera pas utilisée à des fins commerciales ou promotionnelles.

1 Profession actuelle :   
Prof. accessoire :   
Prof. antérieure :

Description de l'activité professionnelle :

Pourcentage de travail administratif :  %

Avez-vous changé de profession pour des raisons de santé ?

Oui  Non

Si oui, quand ?  /  /

Pour quelle(s) raison(s) ?

2 Poids :  kg

Taille :  cm

Votre poids a-t-il varié durant les 5 dernières années (hors grossesse) ?

Oui  Non

Si oui, de combien de kg ? (en plus ou en moins)

+  kg -  kg

A la suite de quoi ?

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

Oui  Non

Si oui, lequel ?

Quelle est votre consommation journalière (verres) ?

Bière :  Vin :  Alcool :  Apéritif :

Etes-vous fumeur ?  Oui  Non

Si oui, consommation journalière :

Avez-vous fumé dans le passé ?  Oui  Non

Quand et pourquoi avez-vous arrêté ?

Faites-vous ou avez-vous fait, même occasionnellement, usage de stupéfiants, drogues ou produits de dopage ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Quand et pourquoi avez-vous arrêté ?

Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement suite à votre usage de tabac, de boissons alcoolisées et/ou de produits de dopage (drogues, hallucinogènes) ?

Oui  Non

Si oui, lequel ?

Exercez-vous des activités professionnelles dangereuses et/ou à des hauteurs de plus de 4 mètres ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous l'intention de vous rendre hors de l'Europe ou y avez-vous résidé pour une durée supérieure à 3 mois ?

Oui  Non

Si oui, dans quel(s) pays, quand et pour quelle durée ?

Pratiquez-vous des sports ou hobbies dangereux ou à risque (tel que le parapente, le base jumping, la boxe, ...), ou un sport rémunéré dans le cadre d'une compétition ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Fréquence?

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3 a. Pour les personnes de sexe féminin, êtes-vous enceinte ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date d'accouchement prévue :   |                          |                          |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |                          |                          |
| Y a-t-il déjà eu des complications de grossesse ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |                          |                          |
| Lesquelles ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| b. Etes-vous actuellement en incapacité de travail ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'agit-il d'une incapacité totale ou partielle ?   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %   |                          |                          |
| Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |                          |                          |
| Pourquoi ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| c. Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de 3 semaines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |                          |                          |
| Pourquoi ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| Etat actuel :  |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| d. Avez-vous été victime d'un accident (avec lésions corporelles) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |                          |                          |
| Lésions subies ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| Traitements ?  |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| Séquelles :  |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| e. Etes-vous atteint d'une invalidité ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Degré ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %   |                          |                          |
| Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |                          |                          |
| Laquelle ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| f. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin traitant ou un spécialiste ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |                          |                          |
| Pourquoi ?   |                          |                          |
| <input type="text"/>   |                          |                          |

	Oui	Non		Oui	Non
<p>g. Devez-vous bientôt consulter un médecin traitant ou un spécialiste ?</p> <p>Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Période ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Etat actuel :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
<p>h. Quelle est votre tension artérielle (valeur supérieure et valeur inférieure) ? <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p>			<p>e. Avez-vous déjà subi une radiothérapie ou une chimiothérapie ?</p> <p>Laquelle ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4 a. Avez-vous pris des médicaments au cours des 3 derniers mois ?</p> <p>Lesquels ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>f. Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ?</p> <p>Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Ces 5 dernières années, avez-vous pris des médicaments plus de 3 semaines consécutives ?</p> <p>Lesquels ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>g. Ces dix dernières années, avez-vous été soigné ou opéré dans un hôpital ?</p> <p>Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Ces 12 derniers mois, avez-vous suivi un régime ou avez-vous été traité par acupuncture, logopédie, kinésithérapie, psychothérapie, ostéopathie, chiropraxie ou homéopathie ?</p> <p>Quelle sorte de traitement ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Toujours en cours ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Date de la fin du traitement :</p> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>h. Devez-vous être soigné ou opéré dans un hôpital durant les 12 prochains mois ?</p> <p>Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d. Ces 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement (autre que médicamenteux) pendant plus de 3 semaines ?</p> <p>Quelle sorte de traitement ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Pourquoi ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1 – Par hôpital, il faut comprendre : tout établissement destiné à suivre des soins médicaux, hôpital, clinique, en ce compris tout établissement psychiatrique, dans lesquels les patients sont soignés ou séjournent suite à leur état de santé afin de traiter la maladie ou de l'affaiblir, de rétablir l'état de santé ou de l'améliorer, ou de stabiliser le dommage.</p> <p>5 Avez-vous fait l'objet au cours des 5 dernières années :</p> <p>a. d'une radiographie du thorax ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. d'un autre examen d'imagerie médicale (radiographie, résonance magnétique, scanner, échographie, ...) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. d'un électrocardiogramme ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. d'un électroencéphalogramme ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. d'une analyse de sang ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f. d'une analyse d'urines ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g. d'un test ASP (antigène spécifique de la prostate) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h. d'un test de dépistage des virus du SIDA ou des hépatites ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i. d'un autre examen spécialisé ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		

	Oui	Non		Oui	Non
Si vous avez répondu OUI à l'un des examens 5.a. à 5.i., veuillez détailler pour chaque examen : sa date, pourquoi vous l'avez passé et quel(s) a(ont) été le(s) problème(s) constaté(s).					
6. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou de plusieurs affections ou troubles suivants :			n. <b>Maladies psychiatriques ou problèmes psychologiques</b> : dépression, psychose, angoisse, surmenage, tentative de suicide, anxiété, troubles de la personnalité, troubles du comportement, anorexie, TDAH ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <b>Maladies du système nerveux ou du cerveau</b> : maux de tête, vertiges, syncopes, convulsions, épilepsie, paralysie, névrite, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, Parkinson, Alzheimer ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. <b>Maladies infectieuses ou parasitaires</b> : septicémie, mononucléose, méningite, infection par le VIH, SIDA, malaria ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Maladies du système respiratoire</b> : enrrouement chronique, asthme, bronchite ou toux chronique, emphysème, tuberculose pulmonaire ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. <b>Cancer ?</b> Sont également concernés : maladies malignes, tumeurs, leucémie, maladie de Hodgkin, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>Maladies du système digestif</b> : troubles de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du colon ou du rectum, ulcères, diarrhée ou constipation chronique, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, jaunisse (hépatite), cirrhose, hernie hiatale, maladie de Crohn, hémorroïdes, fistule anale ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. <b>Autres maladies, handicaps ou invalidités ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>Maladies du système circulatoire</b> : palpitations, oppression, maladie coronarienne, angine de poitrine, infarctus, malformation ou souffle cardiaque, trouble de la tension artérielle, artérioscclérose, phlébite, thrombose, embolie, artérite, varices ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez répondu OUI à l'une des questions 6.a. à 6.q., veuillez préciser de quelle affection il s'agit, sa date de survenance, les traitements suivis, l'état actuel (séquelles éventuelles) et, le cas échéant, la date de guérison.		
e. <b>Maladies des voies urinaires et des organes génitaux</b> : présence dans l'urine d'albumine/pro- téine/sucre/sang/pus, incontinence, maladie des reins, de l'urètre, de la vessie, prostatite ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f. <b>Maladies du nez, de la gorge ou des oreilles</b> : sinusites, surdité, troubles de l'audition, de l'équilibre, acouphènes ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous avez répondu OUI à la question 6.p. <b>Cancer</b> , veuillez préciser:		
g. <b>Maladies des yeux</b> : troubles de la vision (nature et degré, par œil), glaucome, cataracte ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un délai de 10 ans s'est-il écoulé depuis la fin du traitement réussi <sup>1</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. <b>Maladies de la peau</b> : eczéma, allergies, herpès, psoriasis, mélanome ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui:		
i. <b>Maladies du métabolisme</b> : goutte, diabète, obésité, affection de la thyroïde ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Y a-t-il eu une rechute <sup>2</sup> durant cette période de 10 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. <b>Affections des glandes lymphatiques et de la rate</b> : splénectomie ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Y a-t-il eu une incapacité de travail suite à cette pathologie cancéreuse durant cette période de 10 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. <b>Maladies du sang</b> : anémie, hémophilie, hémochromatose ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'effets secondaires, êtes-vous en incapacité de travail partielle ou totale et/ou êtes-vous atteint d'une invalidité physiologique en conséquence d'un cancer <sup>3</sup> ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. <b>Maladies des os, des articulations et du système musculo-squelettique</b> : rhumatisme, lumbago, arthrite, arthrose, hernie discale, scoliose, sciatique, luxations récidivantes, tennis-elbow, ostéoporose, maladies des muscles, ligaments ou tendons ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
m. <b>Maladies gynécologiques ou affections des seins</b> : affections de l'utérus, kystes aux ovaires, tumeurs bénignes aux seins, hypertrophie mammaire, gynécomastie ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – Par "fin du traitement réussi", nous entendons la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse par chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie préventive. 2 – Par rechute, nous entendons toute nouvelle manifestation du cancer médicalement constatée par un examen clinique ou biologique ou par imagerie. 3 – Concernant les effets secondaires, l'incapacité de travail et/ou l'invalidité physiologique en conséquence d'un cancer, nous vous demandons de nous fournir toutes les informations médicales liées à cette affection : diagnostic, localisation, méthode de traitement, degré et durée de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, durée du traitement, résultat, pronostic, ...		

## 7 a. Quel est votre médecin habituel (adresse) ?

Nom :

Prénom :

Rue :

N°/Boite:

Code postal/Localité:

b. Quel est le **dernier** médecin qui vous a soigné ou conseillé ?

Nom :

Prénom :

Quand ?  /  /

Pourquoi ?

Avez-vous d'autres informations à communiquer à propos de votre état de santé ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

**Protection des données personnelles**

Allianz Benelux collecte des données personnelles pour créer, gérer et exécuter les contrats d'assurances. Nous utilisons ces données dans le cadre de la relation commerciale avec nos clients et partenaires, pour surveiller l'évolution du portefeuille et prévenir les abus et les fraudes à l'assurance. Les données personnelles sont traitées conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux législations applicables aux assurances. Elles sont partagées avec les membres de notre personnel et des partenaires (réassureurs, experts, autres sociétés du groupe Allianz,...) qui en ont nécessairement besoin dans le cadre de leur fonction ou de leur mission, ainsi qu'avec des autorités nationales ou internationales. En cas de transferts des données et quel que soit le lieu où elles se trouvent, nous appliquons des règles de protection contraignantes approuvées par les autorités. Vos données sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, en ce compris les délais légaux de prescription. Vous avez le droit de prendre connaissance, de faire corriger ou éventuellement supprimer vos données personnelles.

Vous pouvez adresser vos questions à notre Data Privacy Officer, en joignant une copie recto-verso de votre carte d'identité, soit par courriel à l'adresse [privacy@allianz.be](mailto:privacy@allianz.be) soit par courrier à Allianz Benelux SA, Service Juridique et Compliance/Protection des données, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles. Vous pouvez aussi vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Traitements de données à caractère personnel, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be). Plus d'explication sur notre politique de protection des données personnelles vous sont fournies sur notre site web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>.

**Avertissement**

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, Square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

**Traitement des plaintes**

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux : Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, [plaintes@allianz.be](mailto:plaintes@allianz.be), [www.allianz.be](http://www.allianz.be).

Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as), [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

Fait à  le  /  /

Signature de la personne à assurer :

