



Il importe que ce questionnaire soit rempli **personnellement** par le candidat et qu'une réponse claire soit donnée à toutes les questions afin d'éviter toute contestation future. Le candidat a le droit de l'envoyer **personnellement**, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de la compagnie. S'il le souhaite, il peut, au lieu de remplir ce questionnaire, se soumettre, aux frais de la compagnie, à un examen médical auprès d'un médecin agréé par la compagnie. Le nom de ce dernier sera précisé sur simple demande.

**Document original à renvoyer à la compagnie
et dont copie est conservée par l'assuré.**

IDENTIFICATION

NOM : Prénoms :

(en capitales)

Lieu et date de naissance :

ANTECEDENTS ET RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- | | NON | OUI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous fait votre service militaire ?
Si non , pour quels motifs avez-vous été exempté ou réformé?
<input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà été refusé, ajourné ou accepté à des conditions spéciales pour une assurance vie, maladie-invalidité ou hospitalisation ?
Si oui , pourquoi? <input style="width: 60%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Etes-vous actuellement en bonne santé et apte au travail ?
Si non , précisez <input style="width: 60%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ?
Si oui , quand ? <input style="width: 20%;" type="text"/> Pourquoi ? <input style="width: 60%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soit en incapacité de travail pendant plus de 15 jours, soit malade, soit accidenté ?
Si oui , quand ? <input style="width: 20%;" type="text"/> Durée ? <input style="width: 20%;" type="text"/>
Pourquoi ? <input style="width: 60%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Etes-vous atteint d'une invalidité ou d'une infirmité ?
Si oui , laquelle ? <input style="width: 60%;" type="text"/>
Quelle en est la cause ? <input style="width: 60%;" type="text"/>
<input style="width: 20%;" type="text"/> Taux reconnu ? <input style="width: 10%;" type="text"/> Depuis quand ? <input style="width: 10%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments ?
Si oui , lesquels ? <input style="width: 60%;" type="text"/>
Quand ? <input style="width: 10%;" type="text"/> Combien ? <input style="width: 10%;" type="text"/> Pourquoi ? <input style="width: 10%;" type="text"/>
<input style="width: 60%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. a) Poids <input style="width: 10%;" type="text"/> Taille <input style="width: 10%;" type="text"/>
b) Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?
Si oui , nombre de kg ? <input style="width: 10%;" type="text"/> Quelle en est la cause ? <input style="width: 60%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Consommez ou consommiez-vous des stupéfiants (drogues) ?
Si oui , lesquels ? <input style="width: 60%;" type="text"/>
Quand pour la dernière fois ? <input style="width: 60%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Consommez-vous
a) du tabac ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input style="width: 10%;" type="text"/> /par jour
Si non : <input type="checkbox"/> je n'ai jamais fumé
<input type="checkbox"/> j'ai arrêté totalement de fumer depuis plus de 2 ans
b) des boissons alcoolisées ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input style="width: 10%;" type="text"/> verre(s)/par jour | | |

TRAITEMENTS

Avez-vous subi au cours des 5 dernières années un traitement spécial tel que :

- irradiation ?
- massage, manipulation osseuse ?
- entretiens psychologiques ?
- transfusion sanguine ?
- implant ?
- orthèse ?
- laser ?
- autre ?

NON OUI Si oui, précisez-en

Raison, dates :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMENS

Avez-vous subi au cours des 5 dernières années :

- un électrocardiogramme ? echodoppler ?
- une radiographie, une scintigraphie, I.R.M.,....?
- une analyse de sang ?
- un test H.I.V. ?
- une analyse d'urines ?
- un scanner ?
- un électroencéphalogramme ?
- autre examen ?

Raison, dates :

Résultats :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

AFFECTIONS ACTUELLES OU PASSES

1. Avez-vous été ou devez-vous être prochainement hospitalisé ?

Raison, dates :

Suites :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2. Avez-vous subi ou devez-vous prochainement subir une intervention chirurgicale ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une des affections ci-après :

- des glandes (thyroïde, goitre, hypophyse,...)?
- de la peau (eczéma, psoriasis, lipome, naevus,...) ?
- du système nerveux (crises d'épilepsie, parésie, paralysie, sclérose en plaques,...) ?
- de troubles d'origine psychique (dépression, surmenage, anxiété, tentative de suicide,...) ?
- des organes des sens (troubles d'équilibre, otite, surdité, troubles de la vue, névrite optique, en cas de myopie : précisez le degré,...) ?
- de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus, angine de poitrine, hypertension, troubles circulatoires, hémorragie cérébrale, artérite, souffle cardiaque, troubles du rythme cardiaque, varices, phlébite,...) ?
- des voies respiratoires (bronchite, tuberculose, asthme, pneumothorax, embolie pulmonaire, sarcoïdose,...) ?
- de l'appareil digestif (ulcère, gastrite, hépatite, oesophagite, colite, calculs vésicule biliaire, diarrhée chronique, Crohn, fistule anale, hernie, hémorroïdes,...) ?
- de l'appareil génito-urinaire (affections rénales, calculs, albuminurie, hématurie, prostatite,...) ?
- des os et des articulations (rhumatisme, arthrite, arthrose, matériel d'ostéosynthèse en place, hernie discale, sciatique, lumbago, fracture, whiplash,...) ?

Nature, dates :

Suites :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'autres maladies, affections que celles reprises ci-dessus ? (goutte, diabète, poliomyélite, anémie, hypercholestérolémie, cancer,...) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--------------------------	--------------------------	--	--

- | | NON | OUI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Avez-vous d'autres anomalies ou particularités à déclarer concernant votre état de santé ?
Si oui , lesquelles ? <input style="width: 500px;" type="text"/>
<input style="width: 500px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nom et adresse du médecin habituel : <input style="width: 400px;" type="text"/> | | |

S'IL S'AGIT D'UN CANDIDAT DE SEXE FEMININ

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou des seins (kyste ovarien, fibroadénome du sein, condylomes,...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui , laquelle ? <input style="width: 200px;" type="text"/> Quand ? <input style="width: 150px;" type="text"/> | | |
| 2. Etes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui , de combien de mois ? <input style="width: 150px;" type="text"/> La grossesse se déroule-t-elle normalement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.
En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.
Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.
Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.
Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

Il y a lieu de cocher cette case, si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

- **Je certifie que les réponses aux questions ci-avant sont sincères et que je n'ai dissimulé aucun renseignement susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation du risque au point de vue médical.**
- **Je déclare avoir pris acte des conséquences graves - nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées - que peuvent entraîner toutes omission ou inexactitude intentionnelles.**
- Dès à présent, j'autorise mon médecin à transmettre au médecin-conseil de la compagnie un certificat établissant la cause de mon décès.
- La signature vaut pour toutes les pages.

Fait à le

Signature de l'assuré (à faire précéder des mots "LU et APPROUVE")
L'assuré veillera à parapher chaque page.

Eventuellement pour représentation légale (père ou mère ou tuteur)



Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude...

...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.

