

**Plan de Santé : renseignements complémentaires**

**Confidentialité des données médicales**

Ce questionnaire est personnel et confidentiel. Afin de garantir cette confidentialité veuillez :

- toujours compléter le document personnellement et le signer
- adresser l'original directement et **sous enveloppe fermée** à l'attention du **médecin conseil de AG Insurance**.

Pour des raisons administratives le document prévoit la possibilité d'indiquer les données de plusieurs membres de la même famille sur le même document.

Chaque candidat-assuré peut évidemment, s'il le souhaite, utiliser un document séparé.

Le présent questionnaire sert de base à l'acceptation de la demande. Il est donc de la plus haute importance, pour éviter toute contestation future, que les personnes à assurer répondent clairement et lisiblement à toutes les questions.

**Confidentiel**

**A. Identité**

1 Nom et numéro d'entreprise de l'employeur : \_\_\_\_\_

2 Nom et prénom du membre du personnel : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Sexe :  Fem.  Masc. Date d'entrée en service : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse e-mail professionnelle : \_\_\_\_\_

Langue :  NL  FR  EN  DE

3 Composition de la famille (si l'affiliation est prévue par le plan) Date de mariage/ cohabitation légale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom **Conjoint/cohabitant** : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et prénoms des enfants :

1<sup>er</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2<sup>e</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3<sup>e</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4<sup>e</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5<sup>e</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

6<sup>e</sup> enfant : \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Allocations Familiales**

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

**B. Questionnaire médical**

1 Les personnes à assurer sont-elles toutes en bonne santé et en possession de toutes leurs capacités physiques ? **Oui**  **Non**

Si **non**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée \_\_\_\_\_

a) la nature des maladies ou des troubles de santé dont elles souffrent \_\_\_\_\_

b) la date de leur survenance \_\_\_\_\_

c) le traitement médical prescrit \_\_\_\_\_

2 Parmi les personnes à assurer, certaines, durant les cinq dernières années, ont-elles été malades ou accidentées ou ont-elles consulté un médecin ? **Oui**  **Non**

Si **oui**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée \_\_\_\_\_

a) la nature des affections ou des lésions \_\_\_\_\_

b) la date de leur survenance \_\_\_\_\_

c) les traitements suivis ou à suivre et la durée \_\_\_\_\_

3 Parmi les personnes à assurer, certaines ont-elles été hospitalisées pendant les 10 dernières années ? **Oui**  **Non**

Si **oui**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée \_\_\_\_\_

a) la nature des affections ou des lésions \_\_\_\_\_

b) la date et la durée de l'hospitalisation \_\_\_\_\_

c) le degré d'invalidité éventuel \_\_\_\_\_

4 Une naissance est-elle attendue ? **Oui**  **Non**  Si **oui**, pour le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5) Veuillez préciser la taille, le poids et la tension artérielle des personnes à assurer.

	Taille (cm)	Poids (kg)	Tension
Exemple	178	76	12/08
Membre du personnel	_____	_____	_____
Conjoint/Cohabitant	_____	_____	_____
1 <sup>er</sup> enfant	_____	_____	_____
2 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____
3 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____
4 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____
5 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____
6 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____

**Important :**

Les personnes à assurer s'engagent à demander aux médecins traitants toutes les informations concernant leur état de santé, nécessaires à l'acceptation de l'affiliation et à l'exécution du plan, et à les communiquer au médecin-conseil de AG Insurance.

Le(s) soussigné(s) marquent accord sur le fait que AG Insurance traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurances en général, y compris l'établissement de statistiques. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Le preneur déclare avoir pris acte des conséquences graves - nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées – que l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration concernant les éléments d'appréciation du risque par le preneur d'assurance ou l'assuré peut entraîner (art 58 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances).

Le soussigné déclare avoir gardé copie du présent questionnaire.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du membre du personnel

Signature des personnes (majeures) à assurer