

Rapport médical

Assurance Vie - Revenu garanti

N° de police

N° d'intermédiaire

Déclarations de la personne à assurer

Le médecin est prié d'inscrire les réponses ou de les revoir avec la personne à assurer si celles-ci ont été consignées antérieurement.

Cachet du médecin

Volet non médical

Identification

1. Nom
2. Prénom
3. Sexe
4. Date de naissance / /
5. Coordonnées
Rue / numéro / boîte:
- Code postal / commune:
- Pays:
- Téléphone fixe:
- GSM:
- E-mail:

Profession

6. Quelle est votre profession actuelle?

Séjour à l'étranger

7. Comptez-vous dans les 12 prochains mois partir plus de 3 mois pour un séjour en dehors de l'Europe ou de l'Amérique du nord? oui non
Si oui,
 - dans quel(s) pays?
 - quand et pour quelle période?
 - pour quel motif?

Style de vie

8. Pratiquez-vous un sport ou un hobby? oui non
Si oui, lequel?
9. Fumez-vous ou avez-vous fumé ces 12 derniers mois? oui non
Si oui, combien en moyenne par jour? (nombre)
Si non, avez-vous fumé ces 60 derniers mois? oui non
10. Buvez-vous en moyenne plus de 2 verres d'alcool par jour? oui non
Si oui, combien?
Vin verres par jour en moyenne
Bière verres par jour en moyenne
Alcool fort ou apéritif verres par jour en moyenne

11. Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...) ces 10 dernières années? oui non
 Si oui, • le(s)quel(s)?
 • quantité/fréquence?
 • quand avez-vous arrêté?
12. Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre consommation de tabac, de boissons alcoolisées, de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...)? oui non
 Si oui, commentez:

Volet médical

Etat de santé général

13. Poids kg
 14. Taille cm
 15. Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre poids? oui non
 Si oui, commentez:

Affections

16. Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affection*? oui non
Ne sont pas concernés: les affections saisonnières comme la grippe, etc.
 Si oui, de quoi s'agit-il? (cocher et compléter ci-dessous)

- Système nerveux et cerveau:** attaque d'apoplexie, paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, névrite, syncopes, tremblements, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Affections psychiques:** fatigue extrême, angoisse, dépression, tentative de suicide, névrose, psychose, schizophrénie, abus de médicaments, trouble de l'appétit, surmenage, stress, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Cœur et vaisseaux sanguins:** souffle ou anomalie cardiaque, infarctus, douleurs de poitrine, palpitations, affection des artères (coronaires), hypertension, accident vasculaire cérébral ou thrombose, troubles du rythme cardiaque, anévrisme, œdème, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Diabète, intolérance au glucose**
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Métabolisme, hormones et glandes:** taux élevé de cholestérol, goutte, affection de la thyroïde, hémochromatose, troubles hormonaux, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Système respiratoire:** bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose, syndrome des apnées du sommeil, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Système digestif ou ventre:** affection de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel
- Infection ou maladie parasitaire:** hépatite B ou C, VIH, SIDA, malaria, maladies sexuellement transmissibles, ...
 Description et traitement
 Date de début / / Etat actuel

* Par "affection", on entend toute maladie, tout handicap, tout syndrome, tout problème de santé, les séquelles d'un accident ...

- Reins ou voies urinaires:** néphrite, calculs rénaux, cystite/polypes, protéine dans les urines, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Organes génitaux:**

Femmes: affections de l'utérus ou des seins, pertes de sang abondantes, ...

Hommes: prostate, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Sang ou ganglions lymphatiques:** anémie, trouble de la coagulation ou de la moelle osseuse, leucémie, hémophilie, ganglions, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Tumeurs, affections malignes ou cancer**

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Muscles et articulations:** rhumatisme, arthrite psoriasique, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Peau:** mélanome, psoriasis, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Nez, gorge et oreilles:** surdité, enrouement, vertige, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Yeux:** inflammation du nerf optique, double vision, ...

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

- Autres affections**

Description et traitement

Date de début / / Etat actuel

Incapacité de travail

17. Etes-vous actuellement en incapacité de travail ou avez-vous été, ces 5 dernières années, en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines cons cutes? oui non

Ne sont pas concernés: le congé de maternité

Si oui, • pourquoi?.....

• quand?.....

• durée?.....

Traitement

18. Avez-vous suivi ces 5 dernières années un traitement* d'une durée supérieure à 3 semaines cons cutes ou êtes-vous actuellement en traitement? oui non

Ne sont pas concernés: le traitement pour la fertilité ou le traitement contraceptif

Si oui, • lequel?.....

• pourquoi?.....

* Par "traitement", on entend:

• tous les médicaments: pastilles, comprimés, sachets, sirops, suppositoires, inhalations, injections intramusculaires ou intraveineuses ou Baxter, ...
• tout autre traitement thérapeutique (y compris kinésithérapie, traitement psychique)

Hospitalisation

19. Ces 10 dernières années, avez-vous été soigné dans un hôpital, hospitalisé ou opéré ou est-ce prévu dans les 12 prochains mois? oui non

Ne sont pas concernés: - *l'accouchement sans césarienne, l'accouchement sans complications*
- *les interventions bénignes comme: l'enlèvement des polypes, amygdales, appendice, dents de sagesse*

- Si oui, • pourquoi?.....
• quand?.....
• durée?

Consultation chez un médecin

20. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou avez-vous dans les 3 prochains mois une consultation prévue chez un médecin? oui non

Ne sont pas concernés: - *les affections saisonnières comme la grippe, etc.*
- *la visite de contrôle pour les donneurs de sang*
- *l'analyse d'urine en cas de check-up régulier*

- Si oui, • pourquoi?.....
• quand?.....

Médecin traitant

Qui est votre médecin traitant?

(nom + adresse)

.....

.....

Déclaration non-fumeur

A remplir uniquement si un tarif non-fumeur ou un tarif préférentiel est souhaité.

Je, soussigné(e),

Nom et prénom:

Date de naissance: / /

déclare ne pas avoir fumé ni consommé de la nicotine ou du tabac sous quelque forme que ce soit pendant:

les 60 mois écoulés

les 12 mois écoulés

Toute déclaration inexacte, toute réticence, toute omission ou toute déclaration intentionnellement fausse signifie la nullité du contrat, et ce conformément aux dispositions de la Loi sur le contrat d'assurance terrestre du 25 juin 1992.

Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

La compagnie se réserve le droit de soumettre l'assuré à un test à la cotinine ou à tout autre examen équivalent afin de vérifier la qualité de non-fumeur.

Fait à le

Signature de l'assuré, précédée de la mention "Lu et approuvé"

- *Nous pouvons seulement appliquer une réduction tarifaire pour les combinaisons dans lesquelles un tarif non-fumeur ou un tarif préférentiel est prévu*
- *Le tarif non-fumeur ne s'applique qu'à condition que la personne ne se mette pas à fumer à l'avenir*

Déclarations

- Baloise Insurance traite les coordonnées dans le cadre de l'appréciation du risque, de la gestion de polices et de sinistres et à des fins commerciales. Les données de l'assuré peuvent également être utilisées au sein des entreprises du Baloise Group. Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, l'assuré peut toujours consulter ces données et les faire corriger auprès du Secrétariat général (privacy@baloise.be).
Si l'assuré ne souhaite pas recevoir des informations commerciales, il doit le signaler.
L'assuré nous donne son consentement explicite pour faire traiter ses données relatives à la santé ainsi que les données judiciaires dans le cadre de la gestion de polices et de sinistres. Nous pouvons également utiliser toutes les coordonnées acquises dans le cadre de la lutte contre la fraude.
L'assuré consent à ce que les coordonnées, uniquement dans le cadre de notre gestion de polices et de sinistres, puissent être transmises à notre réassureur ou à des tiers auxquels nous sommes liés par contrat.
- L'assuré s'engage à demander à son médecin toutes les déclarations médicales nécessaires pour conclure ou exécuter la police. En outre, il charge expressément le médecin qui constatera son décès de fournir à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de son décès.
- Si le preneur d'assurance, après examen médical favorable de l'assuré, refuse de souscrire la police ou résilie la police dans les 30 jours après son entrée en vigueur, nous réclamerons les frais des examens médicaux.
- Avertissement
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise Insurance entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

Fait à le

L'assuré

Signature de l'assuré, précédée de la mention "Lu et approuvé"

Questionnaire médical

A l'attention du médecin-conseil de Baloise Insurance

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

1. Avez-vous déjà soigné la personne à assurer? oui non
2. **Constitution**
- a) Taille cm (résultat de la mensuration)
- b) Poids kg (résultat de la pesée)
- c) Périmètre du thorax cm en inspirant cm en expirant
- d) Circonférence de l'abdomen cm
3. **Généralités**
- a) Existe-t-il des anomalies congénitales ou de la croissance? oui non
Lesquelles?
- b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.)? oui non
Lesquelles?
4. **Habitudes**
- a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé? oui non
Lesquelles?
- b) Y a-t-il des signes d'abus d'alcool, de tabac ou de médicaments ou d'usage de stupéfiants? oui non
Lesquelles?
5. **Système endocrinien et métabolisme**
- Votre examen met-il en évidence une anomalie? oui non
Laquelle?
6. **Psychiatrie**
- Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique? oui non
Lesquelles?
7. **Système nerveux et muscles**
- Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie? oui non
Laquelle?

8. Organes sensitifs

- a) – Y a-t-il une affection de l'appareil auditif? oui non
 Laquelle? D G
- Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive? oui non
 Degré? D: G:
- b) – Y a-t-il une affection des yeux? oui non
 Laquelle? D G
- Nécessite-t-elle une correction? oui non
 Avant correction: OD= OG=
 Après correction: OD= avec dioptries
 OG= avec dioptries

9. Appareil cardio-vasculaire

- a) L'aire cardiaque est-elle agrandie? oui non
 Importance?
- b) Troubles du rythme? oui non
 Lesquels?
- c) Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublé, roulement, etc.)? oui non
 Intensité?
- d) Entendez-vous un souffle cardiaque? oui non
 Systolique - où? Intensité:
 Diastolique - où? Intensité:
 Comment se propage-t-il?
- Irradiation?
- e) Le souffle est-il organique? oui non
 Diagnostic?
- f) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux? oui non
 Siège? D G
 Cause? Importance?
- g) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques? oui non
 Lesquels? Importance?

10. Tension artérielle

- Systolique: Diastolique:
- Non traitée Traitée depuis
- Fréquence du pouls: / min.
- Si la fréquence est inférieure à 60, veuillez effectuer une prise de pouls à l'effort.
 Résultat: / min.
- Si les chiffres de la tension sont supérieurs à 15/9 ou que la fréquence du pouls soit supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.
 Contrôle éventuelle: systolique: diastolique:
 Fréquence du pouls: / min.

11. Appareil respiratoire

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie? oui non
Laquelle?

b) Examen radiologique? oui non
Résultat?

12. Appareil digestif

a) La langue, le pharynx ou les amygdales ont-ils un aspect pathologique? oui non
Lequel?

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique? oui non
Lequel?

c) Le foie est-il agrandi? oui non
De combien de cm? cm Consistance:

d) La rate est-elle agrandie? oui non
Palpable sur cm Cause:

e) Y a-t-il une hernie, une éventration? oui non
Siège? Bilatérale: oui non

13. Appareil urogénital (l'urine doit être émise chez le médecin)

a) Analyse des urines oui non
– Albumine
Dosage éventuel:
Autres substances anormales:

– Sucre oui non
Dosage éventuel:
Autres substances anormales:

– Sang oui non
Dosage éventuel:
Autres substances anormales:

– Pus oui non
Dosage éventuel:
Autres substances anormales:

b) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins? oui non
Lesquelles?

14. Peau

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères? oui non
Laquelle?

15. Ganglions lymphatiques

Y a-t-il augmentation de volume des ganglions lymphatiques? oui non

16. Os, articulations et tissu conjonctif

Votre examen met-il en évidence un état pathologique? oui non

Lequel?

.....

17. Conclusion

a) Estimez-vous que l'espérance de vie de cette personne est altérée? oui non

.....

.....

.....

b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail? oui non

.....

.....

.....

c) Remarques spéciales ou suggestions: oui non

.....

.....

.....

Important: Baloise Insurance invite le médecin à s'abstenir, en présence de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à, le

Le médecin-examineur (Signature)

<p>Les honoraires seront payés par Baloise Insurance. Veuillez indiquer ci-après le mode de paiement.</p>	<p>Avis du médecin-conseil.</p>
---	---------------------------------



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.

Votre sécurité nous tient à cœur.

www.baloise.be

Baloise Belgium SA – Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 0096 avec n° FSMA 24.941 A
Siège social: City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, Belgique – Tél.: +32 3 247 21 11
Siège: Rue du Champ de Mars 23, 1050 Bruxelles, Belgique – Tél.: +32 2 773 03 11
info@baloise.be – www.baloise.be – RPM Antwerpen – TVA BE 0400.048.883 – IBAN: BE31 4100 0007 1155 – BIC: KREDBEBB
Baloise Insurance est le nom commercial de Baloise Belgium SA.