

Sans visite médicale

Assurance Vie - Revenu garanti - Hospitalisation Individuelle

Intermédiaire

N° N° FSMA Référence

Nom Téléphone

Vente à distance oui non Code

Référence de police

Nouvelle affaire Remplacement de police n°

Déclarations de l'assuré

L'assuré est prié de répondre lisiblement à toutes les questions et de renvoyer ce questionnaire à l'attention du médecin-conseil de Baloise.

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:

Courriel:

Style de vie

6. 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
7. Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes ...) ces 5 dernières années? oui non
- Si oui, • le(s)quel(s)?
- quantité/fréquence?
- quand avez-vous arrêté?
8. 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:

Droit à l'oubli

Les personnes guéries d'un cancer et les malades chroniques doivent communiquer correctement les pathologies dont ils ont souffert ou dont ils souffrent, conformément aux questions posées à ce sujet dans le présent questionnaire médical. Ils peuvent néanmoins, dans certains cas, bénéficier d'un « droit à l'oubli » lorsqu'ils sollicitent une assurance de solde restant dû ou une assurance revenu garanti. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur www.assuralia.be/droit-a-l-oubli/assurance-solde-restant-du ou www.assuralia.be/droit-a-l-oubli/assurance-revenu-garanti

Volet médical

État général de santé

9. Poids kg

10. Taille cm

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

Si oui, commentez:

Affections

12. Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affection*? oui non

Ne sont pas concernées: les infections banales comme la grippe, un rhume, des affections gastriques et/ou intestinales d'une durée de moins de 7 jours

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, autre

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Affections psychiques: fatigue extrême, névrose d'anxiété, dépression, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, abus de médicaments, trouble de l'appétit, autre

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Cœur et vaisseaux sanguins: souffle ou anomalie cardiaque, infarctus, douleurs de poitrine, palpitations pour lesquelles vous êtes ou vous avez été traité(e), affection des artères (coronaires), hypertension, accident vasculaire cérébral ou thrombose, troubles du rythme cardiaque, anévrisme, œdème, autre

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Diabète, intolérance au glucose

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Métabolisme, hormones et glandes: taux élevé de cholestérol, goutte, affection de la thyroïde, hémochromatose, troubles hormonaux, autre

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Système respiratoire: bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose, syndrome des apnées du sommeil, autre

Description et traitement

Date de début / / État actuel

* Par "affection" on entend: une maladie, un handicap, un syndrome, des plaintes de santé, les séquelles d'un accident avec des lésions médicales

- Système digestif ou ventre:** affection de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, polypes intestinaux, pancréatite, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Infection ou maladie parasitaire:** hépatite B ou C, VIH, SIDA, malaria, maladies sexuellement transmissibles, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Reins ou voies urinaires:** néphrite, calculs rénaux, cystite/polypes, protéine dans les urines, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Organes génitaux:**
Femmes: affections de l'utérus ou des seins, pertes de sang abondantes, autre
Hommes: affections de la prostate
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Sang ou ganglions lymphatiques:** anémie, trouble de la coagulation ou de la moelle osseuse, leucémie, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Tumeurs, affections malignes ou cancer**
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Muscles et articulations:** rhumatisme, arthrite psoriasique, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Peau:** mélanome, autre
Description et traitement
Date de début / / État actuel
- Nez, gorge et oreilles:** surdité, enrouement chronique, vertige, autre
Description et traitement
Date de début / / état actuel
- Yeux:** inflammation du nerf optique, double vision, autre
Description et traitement
Date de début / / état actuel
- Autres affections**
Description et traitement
Date de début / / état actuel

Incapacité de travail

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

Ne sont pas concernés: la grossesse ou le congé de maternité

Si oui,

- pourquoi?
- quand?
- durée?

Traitement

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

Ne sont pas concernés: des compléments alimentaires, la "pillule" ou d'autres contraceptifs

Si oui,

- lequel?
- pourquoi?

Hospitalisation

15. 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: la grossesse, l'accouchement ou les soins dentaires

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

Consultation chez un médecin

16. 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 infections banales telles qu'une grippe ou un rhume, les plaintes gastro-intestinales d'une durée de moins d'une semaine*
- *Un check-up de routine*
- *Une consultation dans le cadre d'un examen effectué par le médecin du travail*

- Si oui,
- pourquoi?
 - quand?

*Par "traitement", on entend:

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

À remplir uniquement pour Revenu Garanti (Incapacité de travail) et/ou Hospitalisation Individuelle

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une des affections suivantes:

Système nerveux: syncope, tremblements, autres

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Affections psychiques: surmenage, stress, autres

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Sang ou ganglions lymphatiques: hémophilie, ganglions enflés, autres

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Muscles et articulations: lumbago, hernie discale, arthrose, dorsalgie, autres

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Peau: psoriasis, autres

Description et traitement

Date de début / / État actuel

Avez-vous suivi ces 5 dernières années un traitement de kinésithérapie d'une durée supérieure à 3 semaines ou êtes-vous actuellement en traitement?

Si oui,

• lequel?

.....

.....

• pourquoi?

.....

.....

Autorisation de traiter données médicales

Pourquoi est-ce que nous vous demandons votre autorisation?

La loi nous oblige à vous demander explicitement l'autorisation de traiter vos données médicales ou celles de la personne qui vous représente si cela est nécessaire pour:

- traiter ce sinistre;
- constater et évaluer les dommages corporels;
- lutter contre la fraude.

Sur quoi porte votre autorisation?

Vous nous autorisez à traiter vos données médicales.

Vous donnez votre accord à un éventuel examen médical par notre médecin-conseil.

Vous demandez à votre médecin les déclarations médicales qui pourraient être nécessaires à la constatation et à l'évaluation des dommages corporels.

Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons les données médicales avec des mesures poussées et seules les personnes compétentes traitent ces données dans la plus grande confidentialité.

Nous pouvons communiquer ces données à vous ou à une personne qui vous représente légalement (par exemple un tuteur, un avocat, un médecin).

Nous pouvons communiquer ces données à d'autres parties si celles-ci peuvent ou doivent les connaître.

Nous pensons par exemple à:

- des autorités compétentes;
- des entreprises appartenant au Baloise Group;
- d'autres entreprises d'assurances;
- des mutualités;
- des réassureurs ou leurs représentants qui traitent aussi le sinistre;
- d'autres parties avec lesquelles nous avons des contrats en tant que responsable, afin de traiter les données dans le respect de la législation en vigueur.

Nous ne communiquons les données à d'autres parties que si cela est nécessaire pour le traitement de votre sinistre (évaluation, indemnisation, règlement).

Si nous communiquons vos données à des parties dans des pays tiers hors de l'UE, nous respecterons strictement les mesures de sécurisation imposées par la législation belge et la réglementation de l'UE.

Nous ne conservons pas vos données indéfiniment

Nous conservons vos données aussi longtemps que cela est nécessaire pour le traitement du sinistre dans lequel vous avez été impliqué.

Donnez votre autorisation ci-dessous:

Fait à, le

L'assuré⁽¹⁾

(faire précéder la signature des mots 'lu et approuvé')

Prénom..... Nom.....

Important: si vous ne nous autorisez pas à traiter vos données médicales, nous ne pouvons PAS traiter vos dommages corporels NI les indemniser!

Vos droits

Vous pouvez retirer à tout moment votre autorisation.

Ceci n'a aucune influence sur le traitement des données. Nous pouvons dans ce cas aussi continuer à traiter ces données, même si nous n'avons pas votre autorisation, si:

- cela est nécessaire au traitement de vos polices ou des sinistres dans lesquels vous avez été impliqué;
- cela est nécessaire pour répondre à des obligations ou pour exercer vos ou nos droits spécifiques (droit du travail, droit de la sécurité sociale et droit de la protection sociale);
- il s'agit du traitement de données personnelles que vous avez divulguées vous-même;
- le traitement est nécessaire pour introduire, exercer ou étayer une action en justice.

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer lorsqu'il y a une raison à cela.

⁽¹⁾ Si l'assuré ne signe pas lui-même ce document, une autre personne peut le signer à sa place. Cette personne doit cependant indiquer la raison ainsi que sa qualité (par exemple tuteur, avocat, médecin).

Plus d'informations?

Si vous voulez connaître précisément vos droits et les limitations légales lors du traitement de données médicales et autres données personnelles, nous vous invitons à consulter notre politique en matière de vie privée sur notre site web (www.baloise.be/vieprivee). Vous y trouverez également des informations actuelles vous expliquant comment exercer vos droits. Nous pouvons aussi vous remettre une version papier de notre politique en matière de vie privée.

Coordonnées du responsable du traitement

Si vous avez une plainte ou des questions portant sur le traitement de vos données personnelles, n'hésitez pas à envoyer une lettre ou un courriel au Data Protection Officer de Baloise:

Baloise
Data Protection Officer
Posthofbrug 16
2600 Antwerpen
Courriel: privacy@baloise.be

Vous avez le droit de porter plainte

Si vous estimez que le traitement des données ne se fait pas dans le respect des lois et des règles en vigueur, vous pouvez porter plainte auprès de l'Autorité chargée de la protection des données (www.privacycommission.be/fr).

Déclarations

- L'assuré s'engage à demander à son médecin toutes les déclarations médicales nécessaires à l'établissement et à l'exécution de la police. Il nous donne également son autorisation explicite pour le traitement des conclusions tirées par notre médecin-conseil sur les données personnelles médicales qui lui sont confiées, pour l'appréciation des risques à assurer et pour l'exécution de la police. Nous pouvons dans ce cas transférer ces données médicales au médecin-conseil de notre réassureur, uniquement pour l'appréciation des risques à assurer ou pour l'exécution de la police. En signant le présent document, l'assuré charge expressément le médecin qui constatera son décès de transférer à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de son décès.
- Avertissement
Lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré nous induisent en erreur lors de l'appréciation du risque par une omission volontaire ou par une communication intentionnelle de données erronées, la police établie sur la base de ces données-là sera considérée comme nulle.
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.

Traitement des données personnelles: votre vie privée

Pour quelle raison utilisons-nous vos données personnelles?

En tant qu'assureur, nous traitons vos données personnelles. Les données personnelles sont des données portant sur votre statut personnel, par exemple votre âge, votre adresse, votre date de naissance.

Elles sont nécessaires pour:

- évaluer le risque;
- traiter vos polices et vos sinistres.

Nous n'utilisons ces données que dans ce but précis ou parce que la loi nous y oblige. Si cela est nécessaire (et uniquement dans ce but), nous pouvons partager ces données avec, entre autres, des réassureurs, des membres du Baloise Group, votre intermédiaire et d'autres parties avec qui nous avons (ou vous avez) un accord (experts, avocats, médecins-conseil).

Nous ne traitons vos données médicales que si vous nous donnez explicitement votre autorisation.

Nous pouvons aussi utiliser les données personnelles de nos clients à des fins de marketing, par exemple pour faire la promotion de nos propres produits et services. Si vous ne le souhaitez pas, faites-le-nous savoir.

Vos droits légaux

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer lorsqu'il y a une raison à cela. Vous pouvez également recevoir certaines données personnelles sur un format portable.

Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons vos données personnelles avec des mesures poussées.

Plus d'informations

Ceci n'est qu'un résumé de notre politique en matière de vie privée. Si vous voulez connaître précisément vos droits et vos obligations, n'hésitez pas à consulter notre politique en matière de vie privée complète sur notre site web (www.baloise.be/vieprivee). Vous aurez ainsi toujours accès à la politique la plus actuelle.

Nous pouvons aussi vous remettre une version papier.

Données de contact

Pour toutes vos questions sur la vie privée, n'hésitez pas à vous adresser à notre Data Protection Officer (DPO):

Baloise

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Courriel: privacy@baloise.be

Fait à le

L'assuré

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

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 du 4 avril 2014 relative aux assurances.

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