

# 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

### 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 Insurance (Posthofbrug 16 – 2600 Antwerpen)

### Volet non médical

#### Identification

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

#### Profession

- Quelle est votre profession actuelle? .....

#### Séjour à l'étranger

- 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

- Pratiquez-vous un sport ou un hobby?  oui  non  
Si oui, lequel? .....
- 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
- 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*

### 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<sup>(1)</sup>

(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.

#### 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](http://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.

<sup>(1)</sup> 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).

**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 Insurance:

Baloise Insurance  
Data Protection Officer  
Posthofbrug 16  
2600 Antwerpen  
Courriel: [privacy@baloise.be](mailto: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](http://www.privacycommission.be/fr)).

Courriel: [privacy@baloise.be](mailto: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](http://www.privacycommission.be/fr)).

**Déclarations**

- 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.

**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/vieprivée](http://www.baloise.be/vieprivée)). 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 Insurance  
Data Protection Officer  
Posthofbrug 16  
2600 Antwerpen  
Courriel: [privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)

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  oui  non  
 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>
---	---------------------------------