

**CONFIDENTIEL à l'attention du Médecin Conseil – SECRET MÉDICAL**

**Questionnaire médical de la personne à assurer**

Le candidat est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.

**1) Biométrie :**

**Taille :** .....cm

**Poids :** .....kg

Modification du poids au cours des 5 dernières années ?    NON     OUI

    Si oui, combien de kilos ?    prise de poids : .....kg

  perte de poids : ..... kg

**Veillez calculer votre IMC (poids kg/taille<sup>2</sup> en mètre) :** .

**2) Habitudes de vie :**

-Consommation moyenne journalière de boissons alcoolisées pendant les 6 derniers mois :

    Bière : .....verre(s) / jour

    Vin / apéritif : .....verre(s) / jour

    Alcool fort : .....verre(s) / jour

-Tabac :

Je fume : ..... cigarette(s) / jour

Je fume : ..... cigare(s) – pipe(s) / jour

J'ai arrêté totalement de fumer depuis : .....

-Pratiquez-vous un (des) sport(s) ?    NON  ..... OUI

    Si oui, lequel, lesquels ? .....

-Pratiquez-vous un (des) sports(s) dangereux ?    NON     OUI

    Si oui, lequel, lesquels ? .....

-Dans le cadre d'une compétition sportive ?    NON  OUI

    Professionnelle ? .....

    Semi-professionnelle ? .....

    Précisez : .....



3) Antécédents généraux :

Avez-vous déjà été opéré ?    NON             OUI

Si oui, de quoi et en quelle année ?.....

Êtes-vous reconnu pour un handicap, une invalidité ?    NON     OUI

Si oui, lequel (laquelle) et depuis quand ? .....

Avez-vous ou êtes-vous porteur d'une affection maligne (cancer) ?    NON     OUI

Si oui, précisez :

- |                            |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Colorectal              | <input type="checkbox"/> | 9. Gorge                 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Estomac                 | <input type="checkbox"/> | 10. Thyroïde             | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leucémie                | <input type="checkbox"/> | 11. Vessie               | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mélanome                | <input type="checkbox"/> | 12. Prostate             | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lymphome non hodgkinien | <input type="checkbox"/> | 13. Sein                 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pancréas                | <input type="checkbox"/> | 14. Col utérus           | <input type="checkbox"/> |
| 7. Poumon                  | <input type="checkbox"/> | 15. Ovaire               | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rein                    | <input type="checkbox"/> | 16. Autre(s) à spécifier | <input type="checkbox"/> |

.....

Avez-vous été traité ou êtes-vous en traitement actuellement ?    NON     OUI

Si oui, le(s)quel(s) (radiothérapie, chimiothérapie, liste des médicaments en cours...) ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous été en incapacité pour raison médicale au cours des cinq dernières années ?

NON             OUI

Si oui, laquelle (lesquelles) ? .....

.....  
.....  
.....  
.....



4) Antécédents spécifiques (par système) :

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des affections ou symptômes suivants :

- a) Affection du cœur, de la circulation sanguine ou du sang ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |                                 |                          |  |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Infarctus du myocarde        | <input type="checkbox"/> | 7. Hypertension                                      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hémorragie cérébrale         | <input type="checkbox"/> | 8. Souffle au cœur                                   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Embolie pulmonaire           | <input type="checkbox"/> | 9. Tachycardie<br>(augmentation du rythme cardiaque) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Thrombose ou caillot de sang | <input type="checkbox"/> | 10. Angine de poitrine                               | <input type="checkbox"/> |
| 5. Artérite                     | <input type="checkbox"/> | 11. Hypercholestérolémie<br>Hyperlipidémie           | <input type="checkbox"/> |
| 6. Varices (non opérées)        | <input type="checkbox"/> | 12. Autre(s) affection(s) à spécifier                | <input type="checkbox"/> |
- .....

- b) Affection du système respiratoire ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Asthme   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Affection pulmonaire chronique<br>(emphysème, bronchite chronique) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Autre(s) affection(s) à spécifier                                  | <input type="checkbox"/> |
- .....

- c) Affection du système nerveux ou musculaire ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |                                  |                          |                                      |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Epilepsie                     | <input type="checkbox"/> | 6. Maladie de Parkinson              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Troubles de l'équilibre       | <input type="checkbox"/> | 7. Maladie d'Alzheimer               | <input type="checkbox"/> |
| 3. Thrombose cérébrale, AIT, AVC | <input type="checkbox"/> | 8. Maladie de Lyme chronique         | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sclérose en plaques           | <input type="checkbox"/> | 9. Autre(s) affection(s) à spécifier | <input type="checkbox"/> |
| 5. Migraine                      | <input type="checkbox"/> | .....                                |                          |

- d) Affection du système digestif, du foie ou de la paroi abdominale ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |                            |                          |   |                          |
|----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Reflux d'acidité        | <input type="checkbox"/> | 7. Cirrhose du foie                               | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ulcère gastrique        | <input type="checkbox"/> | 8. Polype du colon                                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ulcère duodéal          | <input type="checkbox"/> | 9. Hernie inguinale<br>ou ombilicale (non opérée) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Maladie de Crohn        | <input type="checkbox"/> | 10. Autre(s) affection(s) à spécifier             | <input type="checkbox"/> |
| 5. Colite ulcéreuse (RCUH) | <input type="checkbox"/> | .....   |                          |
| 6. Affection pancréas      | <input type="checkbox"/> |   |                          |



e) Affection de l'appareil génito-urinaire ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |   |                          |                                      |                          |
|---|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Reins                                      | <input type="checkbox"/> | 5. Seins                             | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vessie                                     | <input type="checkbox"/> | 6. Utérus - ovaires                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Voies urinaires                            | <input type="checkbox"/> | 7. Prostate                          | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sang, albumine ou sucre<br>dans les urines | <input type="checkbox"/> | 8. Testicules                        | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | 9. Autre(s) affection(s) à spécifier | <input type="checkbox"/> |
- .....

f) Troubles endocriniens ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Diabète   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Thyroïde<br>(goître, hyperthyroïdie, nodule...) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Autre(s) affection(s) à spécifier               | <input type="checkbox"/> |
- .....

g) Affections psychologiques et psychiatriques ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Surmenage, burn out                             | <input type="checkbox"/> | 4. Assuétudes<br>(abus d'alcool, drogues, médicaments) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dépression                                      | <input type="checkbox"/> | 5. Tentative du suicide                                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Psychoses<br>(schizophrénie, trouble bipolaire) | <input type="checkbox"/> | 6. Autre(s) affection(s) à spécifier                   | <input type="checkbox"/> |
- .....

h) Affections des yeux, nez, gorge, oreille ? NON  OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Cataracte                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaucome                        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diminution de l'acuité visuelle | <input type="checkbox"/> |

Correction en dioptrie

- œil droit .....

- œil gauche .....

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 4. Apnée du sommeil, ronflements excessifs   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cholestéatome (infection oreille moyenne) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Acouphène chronique                       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Autre(s) affection(s) à spécifier         | <input type="checkbox"/> |
- .....



i) Maladies infectieuses ?      NON       OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

1. Sida, HIV ⊕
2. Hépatite B-C
3. Tuberculose
4. Autre(s) affection(s) à spécifier

.....

j) Affections ostéo-articulaires ou musculaires ?      NON       OUI

Si vous avez répondu par la négative, veuillez passer au point suivant.

Dans le cas contraire, spécifiez :

1. Hernie discale cervicale (cou)
2. Hernie discale dorsale (dos)
3. Hernie discale lombo-sacré (bas du dos)
4. Douleur chronique du dos en traitement
5. Affection de l'épaule (luxation, PSH...)  droite / gauche\*
6. Gonarthrose
7. Coxarthrose
8. Fracture

Si oui, spécifiez      Épaule  droite / gauche\*

Hanche  droite / gauche\*

Genou  droite / gauche\*

Vertèbre

Autre(s) à spécifier

.....

9. Arthrite (rhumatisme, PAR, spondylarthrite)
10. Déchirure (rupture des ligaments croisés genou)  droite / gauche\*
11. Déchirure (rupture du ménisque genou)  droite / gauche\*
12. Hallux Valgus (déviation gros orteil, non opéré)  droite / gauche\*
13. Syndrome du canal carpien, non opéré  droite / gauche\*
14. Arthrose déformante des mains  droite / gauche\*
15. Autre(s) affection(s) à spécifier

.....

\* entourer la mention utile

1) Une hospitalisation ou un bilan est-t'il en cours ?      NON       OUI

Si oui, quand et pour quelle raison ? .....

2) Êtes-vous enceinte ?      NON       OUI

Si oui, quelle est la date prévue d'accouchement ? .....

Avez-vous rencontré des difficultés lors de grossesses antérieures ?      NON       OUI

Si oui, lesquelles et en gardez-vous des conséquences ? .....



3) Vous estimez-vous, de manière générale, en bonne santé ? NON  OUI

Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

**Je soussigné(e)** (en capitales) déclare sur l'honneur avoir répondu sincèrement et sans aucune réticence aux questions précitées et n'avoir, rien dissimulé quant à mon état de santé passé et présent.

Je déclare adhérer aux conditions générales d' ASSURANCES MMH SCRL

Je m'engage à signaler immédiatement à ASSURANCES MMH SCRL, toute modification qui pourrait survenir dans ma situation professionnelle.

En vertu de l'article 9.2.a) du RGPD (Règlement général sur la protection des données), le traitement de données à caractère personnel concernant la santé est autorisé lorsque la personne concernée a donné son consentement explicite au traitement de ces données pour une ou plusieurs finalités spécifiques.

En conséquence, je donne également à Assurances MMH SCRL mon consentement explicite, univoque et éclairé en vue du traitement des catégories particulières de données à caractère personnel décrites dans la présente proposition d'assurance, dans le cadre de l'exécution des obligations du contrat d'assurance auquel j'entends souscrire.

Les informations recueillies pour cette proposition d'assurance sont utilisées exclusivement pour la finalité de l'assurance revenu garanti.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature de la personne à assurer, précédée de la mention « lu et approuvé »**

Documents à retourner, à l'attention du Médecin conseil, à l'adresse suivante :

**ASSURANCES MMH SCRL**  
**Boulevard A. de Fontaine, 15 – 6000 CHARLEROI**

