

CONFIDENTIEL à l'attention du Médecin Conseil – SECRET MÉDICAL

Questionnaire médical de la personne à assurer

NOM : **PRÉNOM :**

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

Veuillez calculer votre IMC (poids kg/taille² 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 : cigarette(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) sport(s) dangereux ? NON OUI

Si oui, lequel, lesquels ?

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

Professionnelle ?.....

Semi-professionnelle ?.....

Précisez :



ASSURANCES MMH SC
Boulevard Alfred de Fontaine, 15
6000 CHARLEROI
Tél. : 071/30.85.90

IBAN BE34 2600 0666 6090
BIC GEBABEBB
N.E 0411.790.041
Agrément BNB : 2921
Branche : 02

3) Antécédents généraux :

1) Avez-vous déjà été opéré ? NON OUI

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

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

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

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

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

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

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

NON OUI

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

5) 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"/> |
-



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
(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
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
(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 duodénal | <input type="checkbox"/> | 9. Hernie inguinale | <input type="checkbox"/> |
| 4. Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> | ou ombilicale (non opérée) | |
| 5. Colite ulcéreuse (RCUH) | <input type="checkbox"/> | 10. Autre(s) affection(s) à spécifier | <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
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
(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 | <input type="checkbox"/> |
| | | (abus d'alcool, drogues, médicaments) | |
| 2. Dépression | <input type="checkbox"/> | 5. Tentative du suicide | <input type="checkbox"/> |
| 3. Psychoses
(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 ?

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

Dans le cas où vous avez énoncé une (des) pathologie(s), veuillez transmettre les rapports médicaux en relation avec cette (ces) dernière(s).

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 SC

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

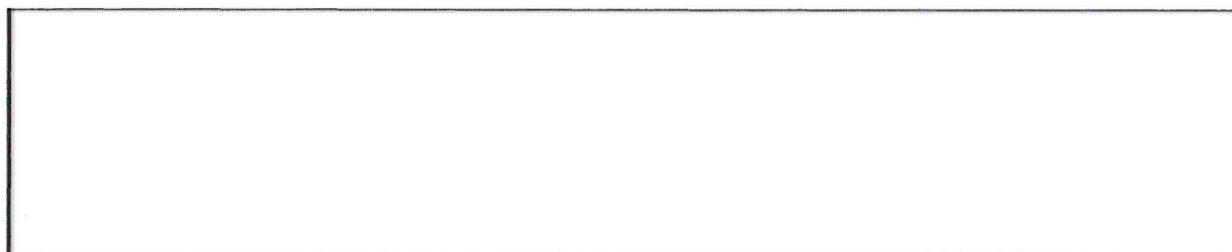
En vertu de l'article 9.2.a) du RGPD (Règlement général sur la protection des données), le traitement de données à caractère personnel concernant la santé est autorisé lorsque la personne concernée a donné son consentement explicite au traitement de ces données pour une ou plusieurs finalités spécifiques.

En conséquence, je donne également à Assurances MMH SC 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 « J'ai et approuvé »



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

**ASSURANCES MMH SC
Boulevard Alfred de Fontaine, 15 – 6000 CHARLEROI**



ASSURANCES MMH SC
Boulevard Alfred de Fontaine, 15
6000 CHARLEROI
Tél. : 071/30.85.90

IBAN BE34 2600 0666 6090
BIC GEBABEBB
N.E 0411.790.041
Agrément BNB : 2921
Branche : 02