

**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

**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 :

- 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                        | <input type="checkbox"/> |
|                                 |                          | (augmentation du rythme cardiaque)    |                          |
| 4. Thrombose ou caillot de sang | <input type="checkbox"/> | 10. Angine de poitrine                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Artérite                     | <input type="checkbox"/> | 11. Hypercholestérolémie              | <input type="checkbox"/> |
|                                 |                          | Hyperlipidémie                        |                          |
| 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    | <input type="checkbox"/> |
| (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<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                          | <input type="checkbox"/> |
| (goitre, hyperthyroïdie, nodule...)  |                          |
| 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                       | <input type="checkbox"/> | 6. Autre(s) affection(s) à spécifier  | <input type="checkbox"/> |
| (schizophrénie, trouble bipolaire) |                          |                                       |                          |

.....

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 « lu 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**

