

Crédit conso

Assurance Solde restant dû Temporaire décès

Questionnaire Médical 

Contrat d'assurance sur la vie



AFi • ESCa 
Groupe Burrus

Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation

Les réponses à ce questionnaire doivent être complétées de la main de la personne à assurer. Les informations doivent être claires et précises ainsi que lisibles. Le questionnaire doit être daté, signé et approuvé. Sur base de ces informations, la Compagnie se réserve le droit d'accepter ou refuser le risque et ce, dans les 30 jours de la souscription.

Nom du bureau de courtage : _____
 Adresse : _____
 N° de code courtier : _____

Nom de la personne à assurer : _____ Adresse : _____
 Taille : _____ Poids : _____
 Etes vous fumeur ? **OUI / NON** Si oui, quantité journalière : _____
 Consommez vous de l'alcool ? **OUI / NON**
 Si oui, quel type ? _____ Quantité journalière : _____
 Vous arrive -t-il de prendre des stupéfiants ou des hallucinogènes ? **OUI / NON**
 Si oui , lesquels ? _____ A quelle fréquence ? _____
 Avez-vous été hospitalisé dans les dix dernières années ou devez-vous l'être dans les trois mois ? _____
 (en ce y compris établissement psychiatrique) Si oui, pourquoi et quelle durée ? _____
 Ces douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou devez-vous le consulter dans les trois mois? **OUI / NON**
 Si oui, pourquoi ? _____

| Questions | Répondre par oui ou par non | Si oui, veuillez donner toute précision |
|--|-----------------------------|---|
| Avez-vous souffert ou souffrez vous d'une affection ou maladie, un handicap, un syndrome, les séquelles d'un accident ? | | Lesquelles ? Depuis quand ? |
| Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments ? | | Lesquels ? Depuis quand ? Pourquoi ? |
| Etes-vous invalide ? | | Si oui précisez : Depuis quand ? Degré d'invalidité : |
| Avez-vous interrompu votre activité professionnelle plus de 3 semaines consécutives? | | Si oui, précisez : |
| Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, chimiothérapie, interféron ou rayons X ? | | Si oui, précisez : |
| Avez-vous subi un examen sanguin montrant des résultats anormaux (diabète, reins, cholestérol, hépatite ou le sida dont le résultat est positif) ? | | Si oui, précisez : |
| Prenez-vous des médicaments pour la tension ? | | Si oui, précisez : |

Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 5 dernières années de :

| | | |
|---|--|--------------------|
| D'un cancer, tumeur, AVC, thrombose, vertiges, épilepsie ? | | Si oui, précisez : |
| D'une atteinte respiratoire, d'asthme, toux et bronchite chronique (BCPO) , allergie, affection thyroïdienne? | | Si oui, précisez : |
| De tuberculose, malaria, HIV ou autre maladie parasitaire ? | | Si oui, précisez : |
| D'une atteinte des reins, vessie, du sang, du coeur, des ganglions? | | Si oui, précisez : |
| D'une atteinte de l'estomac, l'oesophage, du foie, du pancréas ? | | Si oui, précisez : |
| D'une affection féminine, MST, gynécologique, seins, ovaires ? | | Si oui, précisez : |
| D'une affection masculine de la prostate ou organes génitaux, MST ? | | Si oui, précisez : |
| D'une affection non citée dans ce questionnaire ? | | Si oui, précisez : |

« L'Assuré marque son accord sur le fait que l'Assureur traite les données médicales, mises en sa possession, dans le cadre de la fourniture ainsi que de la gestion des services d'assurances en général, moyennant le respect des dispositions légales en la matière en ce qui concerne la protection de la vie privée, ainsi que les diverses normes légales concernant le secret médical et applicables au domaine de l'assurance en général, et il marque également son accord pour que lesdites données médicales servent également à l'établissement de statistiques et de mesures visant à éviter et à prévenir la fraude ainsi que les abus. Les données médicales, relatives à la santé peuvent être traitées uniquement sous la responsabilité d'un/des professionnel(s) des soins de santé et l'accès à ses données est limité aux personnes à ce dûment habilitées pour ce faire, et qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Ces données ne sont pas communiquées à des tiers, autres que les personnes susvisées, dûment habilitées pour en prendre connaissance. Cependant, l'assuré marque son accord pour que l'Assureur communique ses données pour autant qu'il y soit légalement ou contractuellement obligé, ou encore pour autant qu'il y ait un intérêt légitime pour procéder de la sorte ».

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration, si elle est intentionnelle, entraînera la nullité du contrat, les primes demeurant acquises à l'Assureur.

Signature de l'assuré (précédée de « lu et approuvé »)