

# Prévicar

Assurance solde restant dû

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 : \_\_\_\_\_  
 Êtes-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 ? \_\_\_\_\_ À 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 ?
Êtes-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'asthme, toux et bronchites chroniques (BCPO), allergies, affection thyroïdienne ?		Si oui, précisez :
De tuberculose, malaria, HIV ou autre maladie parasitaire ?		Si oui, précisez :
D'une atteinte des reins, vessie, voies respiratoires, du sang, du cœur, 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 :

## Traitement des données à caractère personnel :

En application du règlement général sur la protection des données à caractère personnel, les informations collectées auprès du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré sont destinées à la conclusion et à l'exécution du contrat, à la poursuite d'un intérêt légitime, au respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur. L'Assuré ou le Preneur d'assurance si celui-ci est différent de l'assuré, dispose d'un droit de consentement, d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et d'effacement pour toute information le concernant, enregistrée sur un fichier informatique, à l'usage de la Compagnie, de ses mandataires, de ses réassureurs et des organismes professionnels concernés. Pour toute réclamation ou demande d'information relative au traitement des données à caractère personnel, le titulaire du contrat peut prendre contact avec le délégué à la protection des données désigné par l'assureur (DPO : Data Protection Officer) par courrier ou par courriel: M. Santiago Valls, AFI ESCA, 2, quai Kléber, CS 30441, 67 008 Strasbourg Cedex. Email: [dpo@groupe-burrus.tech](mailto:dpo@groupe-burrus.tech)

L'Assuré ou le Preneur d'assurance (s'il s'agit de deux personnes distinctes) a également le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données dont l'adresse est : Rue de la presse 35, 1000 Bruxelles.

Site internet : <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/contact>

« 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 »)**