

Masterkey²Health

Questionnaire médical soins de santé

Veillez cocher les données d'application. Si "oui" voulez-vous donner une explication. Si vous avez besoin de plus d'espace utilisez une annexe avec votre nom et la Réf. N°. **Toutes les questions doivent être complétées.**

1. Nom _____
 date de naissance _____ sexe M F
 taille (en cm) _____
 poids (en kg) _____
2. Avez-vous reçu un traitement durant les trois dernières années :
- d'un spécialiste Non Oui
 - d'un physiothérapeute Non Oui
 - d'un spécialiste en médecine alternative Non Oui
- Pourquoi ? _____
 Quand ? (mm-aaaa) _____
 Avez-vous toujours des complications ou le traitement est toujours en cours à ce moment ? Non Oui
3. Avez-vous déjà été dans un hôpital, un centre de revalidation, psychiatrique ou un autre établissement de soins? Non Oui
- Pourquoi? _____
 Quand? (aaaa) _____
 Période _____
4. Un traitement medical est-il prévu dans un futur proche ? Non Oui
- Pourquoi? _____
 Quand? (mm-aaaa) _____
5. Avez-vous pris des médicaments ? Non Oui, lesquels?
- Quel médicament? _____
 Pourquoi? _____
 Dosage journalier _____
6. Avez-vous souffert ou souffrez-vous des maladies ou des affections suivantes ? Cochez les données d'application et soulignez les maladies en question. Si oui, précisez, période
- maladies cardio-vasculaires Non Oui _____
 - troubles circulatoires ou souffle cardiaque Non Oui _____
 - troubles respiratoires ou élévation de la tension Non Oui _____
 - asthme, bronchite, tuberculose, toux persistante ou autres troubles pulmonaires Non Oui _____
 - affections à l'estomac, au foie, à la bile ou à la vessie Non Oui _____
 - affections rénales, d'urine ou des organes génitaux Non Oui _____
 - rhumatisme, hernie, muscle, articulations ou os Non Oui _____
 - hypertension, affection mentale, problème du système nerveux, surpoids, dysfonctionnements Non Oui _____

De l'équilibre

- diabète, thyroïde, varices, ulcères variqueux Non Oui _____
- affections d'oreilles, des yeux, de la peau Non Oui _____
- problèmes de dos Non Oui _____
- autres maladies, affections non reprises Non Oui _____

7. Avez-vous fait un contrôle de sang, concernant les reins, le diabète, le cholestérol, l'hépatite A ou B, les maladies sexuellement transmissibles, la syphilis ou le SIDA? Non Oui

Pourquoi? _____

Depuis quand? _____

Résultat? _____

8. Avez-vous des lunettes/lentilles? Non Oui Dioptrie L _____ R _____

Avez-vous un appareil auditif? Non Oui Perte d'ouïe (dB) L _____ R _____

Avez-vous un dentier, des couronnes, des bridges, ... Non Oui Décrivez _____

Votre dernière visite chez le dentiste? _____

9. Questions supplémentaires pour un candidat féminin:

Etes-vous enceinte? Non Oui

Date probable de l'accouchement (JJ-mm-aa) _____

Comment se passe la grossesse? _____

Avez-vous eu des complications pendant votre grossesse ou votre accouchement? Non Oui, lesquelles et quand? _____

10. Avez-vous déjà été refusé, ajourné ou accepté, à des conditions spéciales. Non Oui, compagnie _____

à (jj-mm-aa) _____

Police N° _____

Pour quelles raisons avez-vous déjà été refusé ou ajourné? _____

11. Qui est votre médecin généraliste?

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

1. Je certifie que les réponses aux questions ci-avant sont sincères et que je n'ai dissimulé aucun renseignement susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation du risque au point de vue médical.
2. Je déclare avoir pris acte des conséquences graves – nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées – que peuvent entraîner toute omission ou inexactitude intentionnelle.
3. Dès à présent, j'autorise mon médecin à transmettre au médecin-conseil de la compagnie un certificat établissant la cause de mon décès.

Fait à : _____, le _____

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

Protection de la vie privée

Les données communiquées peuvent être traitées par la compagnie d'assurances en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations. En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises de notre groupe ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.