



# Questionnaire médical pour proposition vie, incapacité de travail et soins de santé

[CONFIDENTIEL]

- Groupe  Décès  
 Individuelle  Revenu garanti/incapacité de travail  
 Exonération de prime

intermédiaire

numéro Fidea

nom en adresse (ou cachet)

.....

numéro CBFA

.....

référence

numéro de police (s'il est connu) :

.....

.....

.....

nom (pour les femmes mariées, uniquement le nom de jeune fille)

prénom

.....

.....

date de naissance

sexe

.....

M  F

adresse actuelle

.....

profession/fonction actuelle :

profession/fonction précédente

Si vous exercez actuellement une activité professionnelle en tant qu'indépendant(e), veuillez décrire précisément cette activité (pas uniquement "chef d'entreprise", "gérant",...) et indiquez, le cas échéant, le pourcentage de travail administratif.

Description de la profession :

% travail administratif

Fidea peut-elle vous contacter par téléphone ou par mail si nous avons des questions (complémentaires) pendant l'évaluation de ce questionnaire médical ?

non  oui Si oui, à quel numéro ?

e-mail

À quel moment de la journée peut-on vous joindre ?

## 1. renseignements relatifs aux mensurations et habitudes

1. 1 poids: ..... kg taille: ..... cm

Votre poids a-t-il fluctué de plus de 5 kg (à la hausse ou à la baisse) durant les 5 dernières années ?  non  oui

Si oui, de combien de kg (en + ou en -) ?

Causes de la fluctuation ?

Avez-vous déjà été traité(e) pour cela ?  non  oui

Si oui, par quel traitement ? Quand ?

1. 2 Connaissez-vous votre tension artérielle ?  non  oui

Si oui: Niveau supérieur :

Niveau inférieur :

1. 3 Comptez-vous séjourner en dehors d'Europe et d'Amérique du Nord pendant plus de 3 mois ?  non  oui

Si oui, dans quel pays ?

Quand?

Pour quel(s) motif(s) ?

1. 4 Pratiquez-vous régulièrement un sport ?  non  oui

Si oui, lequel ?

Faites-vous de la compétition ?  non  oui

Si oui, à quel(le) fréquence/niveau/catégorie ?

1. 5 Consommez-vous ou avez-vous consommé dans le passé des boissons alcoolisées ?  non  oui

Si oui : quantité hebdomadaire consommée ? .....

de vin ? ..... verres par semaine en moyenne d'alcool fort ou d'apéritif ? ..... verres par semaine en moyenne  
de bière ? ..... verres par semaine en moyenne

Quand avez-vous arrêté ? .....

Pourquoi ? .....

1. 6 Fumez-vous ou avez-vous fumé ?  non  oui

Si oui, quantité journalière de ?

cigarettes ? ..... par jour en moyenne cigares ? ..... par jour en moyenne

pipes ? ..... par jour en moyenne

Quand avez-vous arrêté ? .....

Pourquoi ? .....

1. 7 Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes, ...) ?  non  oui

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Quantité/Fréquence ? .....

Quand avez-vous arrêté ? .....

Pourquoi ? .....

## 2. renseignements relatifs à l'état de santé actuel général

2. 1 Avez-vous un handicap ou une invalidité ?  non  oui

Si oui, lequel/laquelle ? .....

Depuis quand ? .....

Quelle en est l'origine ? .....

Pourcentage ? .....

2. 2 Souffrez-vous en ce moment d'une maladie ou d'une affection ?  non  oui

Si oui, lequel/laquelle ? .....

Depuis quand ? .....

2. 3 a) Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ?  non  oui

b) Avez-vous bientôt un rendez-vous avec un médecin ?  non  oui

c) Une hospitalisation est-elle planifiée ?  non  oui

d) Devez-vous prochainement subir une intervention chirurgicale ?  non  oui

**Si oui à une ou plusieurs questions :**

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

2. 4 Pour les personnes de sexe féminin :

Êtes-vous enceinte ?  non  oui

Si oui, depuis combien de mois ? .....

Y a-t-il eu des complications à la grossesse ?  non  oui

Si oui, quelle(s) complication(s) ? .....

Quand ? .....

Traitement suivi ? .....

État actuel (traitement en cours, guérison, séquelles, ...) ? .....

2. 5 Une prothèse ou du matériel d'ostéosynthèse (plaques métalliques ou synthétiques, broches, vis et autres) vous a-t-il(elle) été implanté(e) ?  non  oui

Si oui, lequel/laquelle ? .....

Où? .....

### 3. renseignements relatifs à l'incapacité de travail

3. 1 Êtes-vous actuellement en incapacité de travail ?  non  oui

Si oui, s'agit-il d'une incapacité de travail totale ou partielle (pourcentage) ? .....

Depuis quand ? .....

Pourquoi ? .....

3. 2 Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été en incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de 3 semaines consécutives?

non  oui

Si oui, pourquoi ? .....

du .....

au .....

État actuel ? (guérison totale ou partielle ou traitement en cours, séquelles, ...)? .....

3. 3 Recevez-vous une rente ou une pension d'invalidité ?  non  oui

Si oui, s'agit-il d'une rente totale ou partielle (pourcentage) ? ..... %

Depuis quand ? .....

Pourquoi ? .....

### 4. renseignements relatifs à un traitement

4. 1 a) Avez-vous pris des médicaments au cours des 3 derniers mois ?  non  oui

b) Ces 5 dernières années, avez-vous pris des médicaments pendant plus de 3 semaines consécutives ?  non  oui

Si oui à une ou plusieurs questions:

Lesquels ? .....

Quand ? .....

Période: .....

Pourquoi ? .....

Consommation spontanée ou sur prescription médicale ? .....

4. 2 Avez-vous déjà suivi un traitement aux substances radioactives ou un traitement chimiothérapeutique ou avez-vous déjà subi une transfusion sanguine?  non  oui

Si oui, lesquels ? .....

Pourquoi ? .....

Quand ? .....

4. 3 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou avez-vous déjà été hospitalisé(e)?  non  oui

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

Quelle intervention ? .....

4. 4 Autres traitements

Ces 12 derniers mois, avez-vous suivi un traitement kinésithérapeutique, logopédique ou psychothérapeutique ?  non  oui

Si oui, quelle sorte de traitement ? .....

Pourquoi ? .....

Traitement toujours en cours ?  non  oui

Si non : date de la fin du traitement ? .....

## 5. renseignements relatifs aux maladies et aux accidents

**Souffrez-vous, ou avez-vous souffert, d'une ou de plusieurs maladie(s) ? (exemples ci-dessous)**

<b>5.1 Cancer ou maladies malignes</b> Précisez la partie du corps affectée	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.10 Cœur et système circulatoire</b> Exemple : souffle cardiaque, malformation cardiaque, infarctus, œdème, douleurs de poitrine, palpitations, artériosclérose et troubles artériels, varices, troubles de la tension artérielle, accident vasculaire cérébral, thrombose, arythmie cardiaque, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.2 Nez, gorge et oreilles</b> Exemple : surdité, troubles de l'audition, enrrouement, vertiges, nez bouché chronique, sinusite, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
<b>5.3 Système nerveux</b> Exemple : crampes, paralysie, troubles de l'équilibre, syncopes, troubles de la vue, épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, Parkinson, Alzheimer, migraines chroniques, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.11 Voies urinaires</b> Exemple : prostatite, présence de sang/pus/sucre/protéines dans les urines, incontinence, maladie des reins, coliques néphrétiques, cystite, calculs rénaux, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.4 Système respiratoire</b> Exemple : tuberculose pulmonaire, bronchite ou toux chronique, asthme, tuberculose ou autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.12 Maladies des yeux</b> Exemple : troubles de la vision, glaucome, cataracte, rétinite, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.5 Système digestif ou abdomen</b> Exemple : hémorragie gastrique ou intestinale, affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose, ...), affections de la vésicule biliaire ou du pancréas, hernie, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.13 Os, articulations, système musculo-squelettique</b> Exemple : affections rhumatologiques, lumbago, hernie discale, scoliose, sciatique, arthrose, arthrite, ostéomyélite, ostéoporose, fractures, maladies aux muscles, aux ligaments, aux ménisques, aux tendons, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.6 Bouche, mâchoire et dents</b> Exemple : malocclusion, parodontite, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.14 Maladies gynécologiques ou maladies des seins</b> Exemple : tumeur aux seins, affections de l'utérus, kyste aux ovaires ou aux trompes utérines, hypertrophie ou malformation mammaire, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.7 Maladies de la peau</b> Exemple : eczéma, herpès, kyste, psoriasis, mélanome, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.15 Maladies infectieuses ou parasitaires</b> Exemple : infection par le VIH, SIDA, malaria, maladies sexuellement transmissibles, mononucléose, septicémie, brucellose, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.8 Organes endocriniens ou métaboliques</b> Exemple : diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la glande thyroïde, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.16 Maladies du sang</b> Exemple : anémie, anomalie de la coagulation du sang ou de la moelle osseuse, leucémie, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>5.9 Maladies psychiatriques ou problèmes psychologiques</b> Exemple : dépression, psychose, stress, angoisse, surmenage, tentative de suicide, troubles de la personnalité, troubles du comportement, épuisement extrême, autres affections ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>5.17 Autres maladies, plaintes de santé, handicaps ou invalidités ?</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

**Si oui, veuillez préciser :**

- De quelle(s) maladie(s) il s'agit.
- Le moment où la maladie est survenue.
- Le traitement suivi ou prévu (consultation, opération, examens, ...) et sa durée.
- L'état actuel : guérison totale ou partielle, traitement en cours, séquelles, ....
- Et le cas échéant, date de la guérison .....

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

**5. 18** Avez-vous déjà consulté un médecin pour des douleurs à la nuque /douleurs au dos ?  non  oui

Avez-vous déjà été en traitement pour des douleurs à la nuque /douleurs au dos ?  non  oui

Avez-vous déjà subi des examens spécialisés pour des douleurs à la nuque /douleurs au dos ?  non  oui

Avez-vous déjà été en incapacité de travail à cause de douleurs à la nuque /douleurs au dos ?  non  oui

**Si oui à une ou plusieurs questions :**

**Affection :**

nuque  dos

hernie discale  blocage  arthrose  lumbago  autre .....

Combien de fois ? .....

Quand ? .....

État actuel : .....

**Traitement :**

kinésithérapie  ostéopathie  chiropraxie  injections  intervention chirurgicale

**Examen :**

examen radiologique (radiographie, scan,...)  EMG (électromyogramme)

Date et résultat de l'examen ? .....

**Incapacité de travail :**

Période(s) : .....

**5. 19** Avez-vous subi un accident dont découlent des lésions corporelles ?  non  oui

**Si oui,** veuillez préciser :

La date de l'accident .....

La(les) lésion(s) corporelle(s) .....

La durée de la perte de connaissance ou du coma .....

Le traitement suivi ou prévu (consultation, opération, examens, ...) et sa durée .....

L'état actuel (guérison totale ou partielle, traitement en cours, séquelles, ....) .....

Et le cas échéant, la date de la guérison .....

## 6. renseignements relatifs à des examens

6.1 Ces 5 dernières années, avez-vous été soumis(e) à une prise de sang ?  non  oui

**Si oui:** Quand ? ..... Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui **Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

6.2 Ces 5 dernières années, avez-vous été soumis(e) à un examen radiologique du thorax ?  non  oui

**Si oui:** Quand ? ..... Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui **Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

6.3 Ces 5 dernières années, avez-vous été soumis(e) à un électrocardiogramme (examen du cœur) ?  non  oui

**Si oui:** Quand ? ..... Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui **Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

6.4 Ces 5 dernières années, avez-vous été soumis(e) à une analyse des urines ?  non  oui

**Si oui:** Quand ? ..... Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui **Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

6.5 Ces 5 dernières années, avez-vous été soumis(e) à un examen d'imagerie médicale [radiologie, résonance magnétique (IRM), scanner, échographie, endoscopie...]?  non  oui

**Si oui:** Quand ? ..... Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui **Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

6.6 Avez-vous (même une fois) subi un test de dépistage du SIDA, hépatite B ou hépatite C dont le résultat est positif (anormal) ?

non  oui  
**Si oui:** le(s) quel(s) ? .....  
Quand ? .....

6.7 Pour les personnes du sexe masculin : ces 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'un test ASP (antigène spécifique de la prostate) ?  non  oui

**Si oui:** Quand ? .....  
Pourquoi ? .....  
Problème(s) constaté(s) ?  non  oui  
**Si oui:** le(s)quel(s) ? .....

Je soussigné, déclare que mes réponses dans ce document sont sincères, exactes et complètes et que je n'ai rien dissimulé qui puisse influencer Fidea lors de l'évaluation du risque. Je sais que toute déclaration intentionnellement inexacte ou incomplète entraîne la nullité de l'assurance. J'autorise mon médecin ou, le cas échéant, le médecin qui constatera les causes du décès, à délivrer après mon décès une attestation mentionnant la cause de mon décès au médecin-conseil de Fidea SA.

Fidea SA, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen utilise les données médicales que vous lui communiquez à titre de personne concernée (preneur d'assurance, assuré, affilié ou bénéficiaire) par le biais du présent formulaire en vue de souscrire, de gérer ou d'exécuter vos assurances de personnes.

Les données médicales sont toutes les données personnelles qui concernent l'état de santé physique ou psychique antérieur, actuel ou futur de la personne concernée et qui ont un lien direct avec l'état de santé de la personne concernée.

L'accès aux données médicales est limité aux catégories de personnes qui en ont besoin aux fins mentionnées. Vous pouvez en obtenir une liste sur simple demande. Vous avez également le droit de demander à consulter les données médicales vous concernant. Si, malgré tout, des inexactitudes devaient apparaître dans les données médicales, vous pouvez bien entendu demander leur rectification. Dans tous les cas, vous devez adresser votre demande par écrit au service 'Protection de la vie privée' de Fidea, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen. Pour des questions générales relatives au respect de la vie privée, vous pouvez vous adresser à la Commission de la protection de la vie privée ([www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be)).

Par la présente, le soussigné déclare par écrit autoriser librement, sur la base des informations communiquées, Fidea à utiliser ses données médicales conformément à la présente clause relative à la vie privée. Le représentant légal intervient au nom de la personne incapable (un mineur d'âge, par exemple) qu'il représente.

L'assuré déclare avoir reçu une copie de ce document. La signature de l'assuré doit être précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" (pour les mineurs d'âge, signature de l'un des parents ou de leur représentant légal).

L'assuré est responsable de l'exactitude des réponses même si elles sont écrites par un tiers.

Fait à ..... le .....

**Signature** précédée de la mention "Lu et approuvé"

le candidat-assuré,

signature de l'assuré ou, pour les mineurs ou incapables, d'un des parents ou du représentant légal.