

## ■ Proposition d'assurance - Questionnaire médical

---

*AG Care Hospitalisation - Medi-Assistance - DELTA*

## ■ Proposition d'assurance

### AG Care Hospitalisation

**Veillez remplir le formulaire en lettres majuscules**

Exemplaire compagnie

S'agit-il  d'une nouvelle affaire ?  
 d'un contrat existant ? n° de contrat : .....

**Producteur** / Compte n° : ..... N° CBFA : ..... Dénomination : .....

Réf. Producteur : ..... Téléphone : ..... Fax : .....

Adresse : .....

Destinataire des pièces :  le producteur  le preneur d'assurance S'agit-il d'une vente à distance ?  Non  Oui

### 1 Identité

**Preneur d'assurance**  M.  Mme  Mlle  M. et Mme

Nom ou forme juridique : ..... Prénom ou raison sociale : .....

Rue : ..... n° : ..... Boîte : ..... n° TVA : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Langue : .....

*S'il y a plus de 4 assurés, veuillez remplir un nouveau document*

#### Personnes à assurer (y compris le preneur si assuré)

	1	2	3	4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
Sexe	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□
Etat civil	.....	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....	.....
(si différente de celle du preneur d'assurance)	.....	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....	.....
Lien de parenté avec le premier assuré	.....	.....	.....	.....
Affilié à une Mutuelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
L'assuré, avait-il été assuré ailleurs ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Si oui, où et jusqu'à quelle date ?	.....	.....	.....	.....

### 2 Garanties choisies

Date de prise en cours souhaitée (sous réserve d'acceptation médicale) : ..... / ..... / .....

Echéance anniversaire souhaitée : ..... / ..... / .....

Consultez la fiche tarifaire pour les réductions ou suppressions éventuelles, ainsi que la liste des hôpitaux généraux.

- Hospitalisation (pré & post et maladies graves incluses)  OUI  NON
- **DELTA**  OUI  NON
- Medi-Assistance  OUI  NON
- Segmentation Hospitalisation (cocher votre préférence)
  - AG Care avec segmentation hospitalisation
  - Hôpitaux Universitaires (rachat de la quote-part personnelle et indiqués avec (U) sur la liste 2 des hôpitaux généraux)
  - AG Care sans segmentation hospitalisation (AG Care SL)
- Vision ? (complément à votre assurance collective hospitalisation)  OUI  NON

Quelle franchise (**montants à l'indice 100**) ?  0 EUR  74,37 EUR  173,53 EUR  297,47 EUR  autre:.....

### 3 Mode de Paiement

annuel  semestriel  trimestriel  mensuel  
 Paiement effectué :  par l'intermédiaire du courtier  à AG Insurance par virement  
 à AG Insurance par domiciliation bancaire (**veuillez compléter l'avis de domiciliation ci-joint et nous le remettre en même temps que la présente proposition**)

Les données à caractère personnel susmentionnées sont traitées moyennant le respect de la loi belge sur la protection de la vie privée selon les finalités définies dans les conditions générales.

Le (la) soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des conditions générales AG Care Hospitalisation, ainsi que de l'information figurant au verso du présent document. Si vous vous opposez à toute forme de marketing direct, veuillez cocher cette case :

Date

Signature

## Proposition d'assurance

### AG Care Hospitalisation

Veuillez remplir le formulaire en lettres majuscules

Exemplaire client

S'agit-il  d'une nouvelle affaire ?  
 d'un contrat existant ? n° de contrat : .....

Producteur / Compte n° : ..... N° CBFA : ..... Dénomination : .....

Réf. Producteur : ..... Téléphone : ..... Fax : .....

Adresse : .....

Destinataire des pièces :  le producteur  le preneur d'assurance S'agit-il d'une vente à distance ?  Non  Oui

### 1 Identité

Preneur d'assurance  M.  Mme  Mlle  M. et Mme

Nom ou forme juridique : ..... Prénom ou raison sociale : .....

Rue : ..... n° : ..... Boîte : ..... n° TVA : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Langue : .....

S'il y a plus de 4 assurés, veuillez remplir un nouveau document

#### Personnes à assurer (y compris le preneur si assuré)

	1	2	3	4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
Sexe	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Etat civil	.....	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....	.....
(si différente de celle du preneur d'assurance)	.....	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....	.....
Lien de parenté avec le premier assuré	.....	.....	.....	.....
Affilié à une Mutuelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
L'assuré, avait-il été assuré ailleurs ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Si oui, où et jusqu'à quelle date ?	.....	.....	.....	.....

### 2 Garanties choisies

Date de prise en cours souhaitée (sous réserve d'acceptation médicale) : ..... / ..... / .....

Echéance anniversaire souhaitée : ..... / ..... / .....

Consultez la fiche tarifaire pour les réductions ou suppressions éventuelles, ainsi que la liste des hôpitaux généraux.

- Hospitalisation (pré & post et maladies graves incluses)  OUI  NON
- **DELTA**  OUI  NON
- Medi-Assistance  OUI  NON
- Segmentation Hospitalisation (cocher votre préférence)
  - AG Care avec segmentation hospitalisation
  - Hôpitaux Universitaires (rachat de la quote-part personnelle et indiqués avec (U) sur la liste 2 des hôpitaux généraux)
  - AG Care sans segmentation hospitalisation (AG Care SL)
- Vision ? (complément à votre assurance collective hospitalisation)  OUI  NON

Quelle franchise (montants à l'indice 100) ?  0 EUR  74,37 EUR  173,53 EUR  297,47 EUR  autre:.....

### 3 Mode de Paiement

annuel  semestriel  trimestriel  mensuel

Paiement effectué :  par l'intermédiaire du courtier  à AG Insurance par virement

à AG Insurance par domiciliation bancaire (veuillez compléter l'avis de domiciliation ci-joint et nous le remettre en même temps que la présente proposition)

Les données à caractère personnel susmentionnées sont traitées moyennant le respect de la loi belge sur la protection de la vie privée selon les finalités définies dans les conditions générales.

Le (la) soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des conditions générales AG Care Hospitalisation, ainsi que de l'information figurant au verso du présent document. Si vous vous opposez à toute forme de marketing direct, veuillez cocher cette case :

Date

Signature

AG Insurance sa - RPM Bruxelles - TVA BE 0404.494.849 - www.aginsurance.be

Bd. E. Jacquain 53, B-1000 Bruxelles

Contact: Bd. du Jardin Botanique 20, B-1000 Bruxelles - Tél. +32(0)2 664 10 30 - Fax +32(0)2 664 10 95

La présente proposition doit servir de base au futur contrat d'assurance. Elle n'engage pas les parties avant la signature de celui-ci. La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture. Néanmoins, si dans les 30 jours de la réception de cette proposition dûment complétée et signée, AG Insurance ne vous a pas notifié, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus, nous nous obligeons à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La date de réception de cette proposition est prouvée par le datage systématique de notre part.

## Questionnaire médical

AG Care Hospitalisation

Nom/ n° compte Producteur : .....

Nom Preneur d'assurance : .....

### REMARQUE PREALABLE IMPORTANTE

Ce questionnaire est personnel et confidentiel. Chaque candidat-assuré est prié de le remplir personnellement et de le signer.  
 Pour des raisons administratives ce questionnaire médical est attaché à la proposition d'assurance et prévoit la possibilité d'indiquer les données de plusieurs membres de la même famille sur le même document.  
 Toutefois le volet 'questionnaire médical' est tout à fait séparable ce qui permet au candidat-assuré qui le désire de le remplir seul et de l'envoyer directement à l'attention du médecin conseil de AG Insurance.  
 Chaque candidat-assuré peut, s'il le souhaite, utiliser un nouveau document pour remplir le questionnaire médical.

	1	2	3	4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
<b>1 Mesurations et Habitudes</b>	<b>Personnes à assurer (y compris le preneur si assuré)</b>			
	1	2	3	4
Poids actuel	.....kg	.....kg	.....kg	.....kg
Variation de poids depuis 5 ans ?	+.....kg -.....kg	+.....kg -.....kg	+.....kg -.....kg	+.....kg -.....kg
	Raison :.....	Raison :.....	Raison :.....	Raison :.....
Taille	m.....cm	m.....cm	m.....cm	m.....cm
Consommation journalière de :				
- boissons alcoolisées (vin, bière, alcool)	..... verres	..... verres	..... verres	..... verres
- tabac (nombre de cigarettes, cigares, pipes)	.....	.....	.....	.....
Tension artérielle (max/min)	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Bonne santé actuelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Sport(s) pratiqué(s) ?	.....	.....	.....	.....
Nom et adresse du médecin traitant :	.....	.....	.....	.....

## 2 Historique Médical

Une des personnes à assurer a-t-elle ou a-t-elle eu une des affections ou un des symptômes suivants ?

Si la réponse est **Oui**, veuillez indiquer le n° de la personne concernée dans la colonne de droite.

n° de la personne concernée

- A. Maladie infectieuse ou parasitaire** (notamment : tuberculose, paludisme, infection par le VIH, SIDA) ?  NON  OUI .....
- B. Atteinte du système endocrinien ou du métabolisme** (notamment : diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre)) ?  NON  OUI .....
- C. Maladie du sang** (notamment : anémie, leucémie, hémophilie, ganglions) ?  NON  OUI .....
- D. Atteinte psychiatrique** (notamment : dépression, tentative de suicide, névrose, psychose, troubles de la personnalité ou du comportement) ?  NON  OUI .....
- E. Maladie du système nerveux musculaire** (notamment : vertiges, syncopes, tremblement, paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique) ?  NON  OUI .....
- F. Maladie des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge** (notamment : surdité, enrrouement, troubles de la vue, myopie à partir de 8 dioptries, cataracte, sinusite chronique) ?  NON  OUI .....
- G. Maladie de l'appareil respiratoire** (notamment : bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose) ?  NON  OUI .....
- H. Maladie de l'appareil cardio-vasculaire** (notamment : malformation, souffle cardiaque, artérite, phlébite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme) ?  NON  OUI .....
- I. Maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen** (notamment : hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, gastrocèle) ?  NON  OUI .....
- J. Maladie de la peau** (notamment : psoriasis, kyste, eczéma, mélanome) ?  NON  OUI .....
- K. Maladie de l'appareil urogénital** (notamment : affection des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite, incontinence), des organes génitaux, la prostate) ?  NON  OUI .....
- L. Maladie des os ou des articulations** ? (notamment : douleurs dorsales, lumbago, scoliose, hernie discale, arthrose, rhumatisme, arthrite, ostéomyélite, ostéoporose, lésions du ménisque) ?  NON  OUI .....
- M. Y a-t-il d'autres affections ou infirmités non mentionnées ci-dessus ?**  NON  OUI .....

**Une des personnes à assurer**

*n° de la personne concernée*

- N.** A-t-elle été hospitalisée pour des raisons médicales ou autres pendant les 10 dernières années (sauf accouchements) ?  NON  OUI .....
- O.** A-t-elle été victime d'un accident ?  NON  OUI .....
- P.** Prend-elle, ou a-t-elle pris régulièrement des médicaments (sauf contraception) ?  NON  OUI .....
- Q.** A-t-elle consulté un médecin durant les 6 derniers mois ?  NON  OUI .....
- R.** Doit-elle être hospitalisée prochainement, ou subir une intervention chirurgicale (sauf accouchements) ?  NON  OUI .....
- Uniquement pour les personnes de sexe féminin :*
- S.** Souffre-t-elle ou a-t-elle souffert d'une affection gynécologique ou des seins ? (notamment : kystes, hypertrophie mammaire)  NON  OUI .....
- T.** Est-elle enceinte ? Si oui, date prévue de l'accouchement : ..... / ..... / .....  NON  OUI .....
- Y a-t-il eu des complications de grossesse ?  NON  OUI .....

**3 Déclarations complémentaires (à compléter obligatoirement s'il a été répondu OUI à l'une des questions A à T ci-dessus)**

N° de la personne	Lettre de la question	Nature de l'affection ou des lésions	Périodes d'hospitalisation, du traitement médical, de l'incapacité de travail	Conséquences (traitements en cours ou envisagés, lésions persistantes, guérison complète)

*(s'il vous manque de la place, veuillez joindre vos documents en annexe et mentionner leur nombre ci-dessus.)*

Les conditions d'assurance sont fixées à la prise en cours du contrat, et au plus tôt, à la date d'acceptation médicale.

Après la réalisation du contrat, le présent document en fera partie intégrante.

Le preneur déclare représenter légalement les personnes à assurer mineures et se porte fort pour ces dernières.

Les signataires garantissent que les réponses données ci-dessus sont précises, complètes et conformes à la vérité et se déclarent responsables de l'exactitude de ces réponses, alors même qu'un tiers les aurait écrites.

Le preneur déclare avoir pris acte des conséquences graves - nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées - que l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration par le preneur d'assurance ou l'assuré peut entraîner (art 6 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre).

Les signataires s'engagent à demander, à leurs frais, toutes les informations concernant leur état de santé nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat à leurs médecins traitants et à les communiquer au médecin-conseil de la compagnie.

Le(s) soussigné(s) marque(nt) accord sur le fait que AG Insurance traite les données médicales susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques.

**Veuillez cocher la case adéquate**

- Le(s) signataire(s) déclare(nt) avoir pris connaissance de la possibilité de compléter séparément le questionnaire médical et de le transmettre directement à l'attention du médecin-conseil de AG Insurance, comme indiqué ci-dessus au point 'remarque préalable importante'. Le(s) soussigné(e)s abandonne(nt) dès lors son (leur) droit à un traitement confidentiel séparé et marque(nt) formellement accord sur le fait que les données médicales reprises ci-dessus soient collectées et traitées par son (leur) courtier en assurance hors responsabilité d'un professionnel des soins de santé.**
- Le(s) signataire(s) exige(nt) le traitement confidentiel des données relatives à sa (leur) santé et transmettent le(s) questionnaire(s) médicaux directement à l'attention du médecin conseil de AG Insurance.**

Le(s) signataire(s) déclare(nt) de plus avoir reçu une copie du présent document.

Veuillez faire précéder chaque signature de la mention "lu et approuvé".

Fait à ....., le .....

Signature du preneur d'assurance,

Signature des personnes (majeures) à assurer,



1. Le paiement sera exécuté pour autant qu'il y ait provision suffisante et disponible au compte.
2. Il est possible que des factures soient encore envoyées pour paiement dans les prochains jours.  
Elles doivent être payées comme par le passé, en attendant la mise en oeuvre de la domiciliation bancaire.
3. Chacune des parties concernées peut révoquer la domiciliation.

Si vous voulez révoquer cette domiciliation, adressez-vous à votre institution financière. Le cas échéant, prévenez le débiteur au nom duquel les factures sont établies.

La révocation deviendra effective au plus tard 10 jours bancaires ouvrables après la remise de l'avis de révocation. L'institution financière en avisera le créancier.

Si l'institution financière révoque la domiciliation, elle vous en avisera ainsi que le créancier. Le cas échéant, il vous appartiendra de prévenir le débiteur.

En cas de révocation par le créancier, celui-ci préviendra directement le débiteur des factures.

**AG Insurance**

Bd. E. Jacqmain 53  
B-1000 Bruxelles  
Tél. +32(0)2 664 81 11  
Fax +32(0)2 664 81 50  
[www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be)

**AG Insurance** sa

Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849

AG Care line : 02/664 10 30 Fax : 02/664 10 95 e-mail : [agcare.broker@aginsurance.be](mailto:agcare.broker@aginsurance.be)