

Plan de Santé : renseignements complémentaires

Confidentialité des données médicales

Ce questionnaire est personnel et confidentiel. Afin de garantir cette confidentialité veuillez :

- toujours compléter le document personnellement et le signer
- adresser l'original directement et **sous enveloppe fermée** à l'attention du **médecin conseil de AG Insurance**.

Pour des raisons administratives le document prévoit la possibilité d'indiquer les données de plusieurs membres de la même famille sur le même document.

Chaque candidat-assuré peut évidemment, s'il le souhaite, utiliser un document séparé.

Le présent questionnaire sert de base à l'acceptation de la demande. Il est donc de la plus haute importance, pour éviter toute contestation future, que les personnes à assurer répondent clairement et lisiblement à toutes les questions.

Confidentiel

A. Identité

1 Nom de l'employeur : _____

2 Nom et prénom du membre du personnel : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Code postal : _____ Localité : _____ Sexe : Fem. Masc. Date d'entrée en service : ____ / ____ / ____

3 Composition de la famille (si l'affiliation est prévue par le plan) Date de mariage : ____ / ____ / ____

Nom **Conjoint/cohabitant** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom et prénoms des enfants :

1 ^{er} enfant : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : ____ / ____ / ____	Allocations Familiales <table border="1"> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> </table>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	Non												
Oui	Non												
Oui	Non												
Oui	Non												
Oui	Non												
2 ^e enfant : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : ____ / ____ / ____											
3 ^e enfant : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : ____ / ____ / ____											
4 ^e enfant : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : ____ / ____ / ____											
5 ^e enfant : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : ____ / ____ / ____											

B. Questionnaire médical

1 Les personnes à assurer sont-elles toutes en bonne santé et en possession de toutes leurs capacités physiques ? Oui Non

Si **non**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée _____

a) la nature des maladies ou des troubles de santé dont elles souffrent _____

b) la date de leur survenance _____

c) le traitement médical prescrit _____

2 Parmi les personnes à assurer, certaines, durant les cinq dernières années, ont-elles été malades ou accidentées ou ont-elles consulté un médecin ? Oui Non

Si **oui**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée _____

a) la nature des affections ou des lésions _____

b) la date de leur survenance _____

c) les traitements suivis ou à suivre et la durée _____

3 Parmi les personnes à assurer, certaines ont-elles été hospitalisées pendant les 10 dernières années ? Oui Non

Si **oui**, précisez ci-dessous :

Nom de la personne concernée _____

a) la nature des affections ou des lésions _____

b) la date et la durée de l'hospitalisation _____

c) le degré d'invalidité éventuel _____

4 Une naissance est-elle attendue ? Oui Non Si **oui**, pour le ____ / ____ / ____

5 Veuillez préciser la taille, le poids et la tension artérielle des personnes à assurer.

	Taille (cm)	Poids (kg)	Tension
Membre du personnel	_____	_____	_____
Conjoint/Cohabitant	_____	_____	_____
1 ^{er} enfant	_____	_____	_____
2 ^e enfant	_____	_____	_____
3 ^e enfant	_____	_____	_____
4 ^e enfant	_____	_____	_____
5 ^e enfant	_____	_____	_____
6 ^e enfant	_____	_____	_____

Important :

Les personnes à assurer s'engagent à demander aux médecins traitants toutes les informations concernant leur état de santé, nécessaires à l'acceptation de l'affiliation et à l'exécution du plan, et à les communiquer au médecin-conseil de AG Insurance.

Le(s) soussigné(s) marquent accord sur le fait que AG Insurance traite les données 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'assurances en général, y compris l'établissement de statistiques. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Si vous vous opposez à toute forme de marketing direct, veuillez cocher cette case

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 concernant les éléments d'appréciation du risque par le preneur d'assurance ou l'assuré peut entraîner (art 6 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre).

Le soussigné déclare avoir gardé copie du présent questionnaire.

Fait à _____, le _____

Signature du membre du personnel

Signature des personnes (majeures) à assurer