

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 : _____ Groupe n° : _____

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 **1er enfant** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom **2e enfant** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom **3e enfant** : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom **4e enfant** : _____ Prénom : _____ 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**, indiquer dans les cases correspondantes ci-après

a) la nature des maladies ou des troubles de santé dont elles souffrent b) la date de leur survenance c) le traitement médical prescrit

M. du Personnel	conjoint/cohabitant	1er enfant	2e enfant	3e enfant	4e enfant
a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____
b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____
c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____

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

ou ont-elles consulté un médecin ?

Si **oui**, indiquer ci-après :

a) la nature des affections ou des lésions b) la date de leur survenance c) les traitements suivis ou à suivre et la durée

M. du Personnel	conjoint/cohabitant	1er enfant	2e enfant	3e enfant	4e enfant
a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____
b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____
c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____

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

Si **oui**, indiquer ci-après :

a) la nature des affections ou des lésions b) la date et la durée de l'hospitalisation c) le degré d'invalidité éventuel

M. du Personnel	conjoint/cohabitant	1er enfant	2e enfant	3e enfant	4e enfant
a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____
b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____
c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____

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

M. du Personnel	conjoint/cohabitant	1er enfant	2e enfant	3e enfant	4e enfant
_____cm/_____kg	_____cm/_____kg	_____cm/_____kg	_____cm/_____kg	_____cm/_____kg	_____cm/_____kg
tension : _____	tension : _____	tension : _____	tension : _____	tension : _____	tension : _____

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

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 soussigné déclare avoir gardé copie du présent questionnaire.

Fait à _____, le _____

Signature du membre du personnel

Signature des personnes (majeures) à assurer