

DÉCLARATION DE SANTÉ

Assurance hospitalisation



Numéro de l'agent:
Nos réf.

À quoi sert ce formulaire?

Ce formulaire est **complété par le candidat-assuré**. Les informations que vous fournissez dans ce formulaire doivent permettre une acceptation facile de votre demande de police d'assurance. Elles sont traitées avec la plus haute confidentialité.

À qui faut-il transmettre ce formulaire?

Au médecin-conseil
Service médical Vie
Argenta Assurances SA
Belgiëlei 49-53
2018 Anvers

VOLET NON MÉDICAL

1. Identification	
Nom:	
Prénom:	
Sexe:	
Date de naissance:	
Rue / numéro / boîte:	
Code postal / commune:	

2. Coordonnées du médecin de famille	
Nom:	
Prénom:	
Rue / numéro / boîte:	
Code postal / commune:	

VOLET MÉDICAL

1. État de santé général	
• Poids: kg
• Taille: cm

Numéro de l'agent:
 Nos réf.

2. Maladies, affections, handicaps et plaintes médicales

Avez-vous pris des médicaments ces 2 dernières semaines?		<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui
Quel médicament?	Raison?	

Subissez-vous actuellement des examens ou des traitements (à l'exception des médicaments), dans un hôpital ou non? Un examen ou traitement est-il conseillé ou prévu?		<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui
Quel examen ou traitement?	Raison?	

Souffrez-vous d'une invalidité?			<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui
Pourcentage?	Depuis quand?	Raison?	

Avez-vous un handicap?		<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui
Lequel?	Depuis quand?	

Souffrez-vous d'une maladie chronique?		<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui
Lequel?	Depuis quand?	

DÉCLARATION DE SANTÉ

Assurance hospitalisation



Numéro de l'agent:
Nos réf.

Avez-vous eu ces 3 dernières années des maladies, accidents ou traitements médicaux? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui		
Diagnostic?	De quand à quand?	Situation actuelle?

Avez-vous eu ces 3 dernières années un traitement paramédical (par ex. kinésithérapie, psychothérapie, logopédie) ou un traitement alternatif (par ex. homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, acuponcture)? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui		
Raison?	De quand à quand?	Situation actuelle?

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 10 dernières années (à l'inclusion des hospitalisations de jour)? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui		
Raison?	De quand à quand?	Situation actuelle?

Êtes-vous actuellement en incapacité de travail? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui	
Raison?	Depuis quand?

Avez-vous durant les 10 dernières années été en incapacité de travail pendant plus de 2 semaines? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui		
Raison?	De quand à quand?	Situation actuelle?

Avez-vous d'autres informations au sujet de votre état de santé? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui	
Lesquelles?	

Uniquement pour les personnes de sexe féminin: êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui	
Date prévue de l'accouchement?	

DÉCLARATION DE SANTÉ

Assurance hospitalisation



Numéro de l'agent:
Nos réf.

Déclaration

L'omission involontaire ou la communication inexacte de maladies ou d'affections dont les symptômes se sont déjà manifestés lors de la souscription de la présente assurance peut avoir des conséquences importantes pour le soussigné. Ainsi, l'assureur peut limiter son intervention, modifier l'assurance ou dans certains cas même résilier celle-ci si la maladie ou l'affection est diagnostiquée dans un délai de 2 ans à compter du début du contrat.

Une omission ou communication inexacte intentionnelle de données de la part du soussigné, qui induit en erreur l'assureur lors de l'évaluation du risque, entraîne la nullité du contrat d'assurance, indépendamment du moment où l'assureur a pris connaissance de l'omission ou de la communication inexacte.

Vous savez que la signature apposée sur la proposition n'engage ni le preneur d'assurance, ni l'assureur à conclure le contrat. Si dans les 30 jours suivant la réception de la proposition, l'assureur n'a communiqué aucune offre d'assurance, n'a pas soumis l'assurance à une demande d'examen et n'a pas signifié son refus, il s'engage à conclure le contrat, sous peine de dommages-intérêts.

En signant la présente déclaration de santé, vous confirmez accepter le traitement des données à caractère personnel tel que décrit dans la déclaration de protection de la vie privée et les conditions générales de la police. Vous confirmez ceci notamment pour les données relatives à votre santé.

Toute plainte peut être adressée, éventuellement après un entretien dans l'agence Argenta, par écrit ou par téléphone (fax, e-mail ou courrier postal) à Argenta Assurances SA, Gestion des plaintes, Belgiëlei 49-53, 2018 Anvers, téléphone: 03 285 56 45, fax: 03 285 55 28, e-mail: gestiondesplaintes@argenta.be. Vous devez toujours confirmer vos plaintes téléphoniques par écrit (fax, e-mail ou courrier postal). Si vous estimez que le Service de médiation n'a pas fourni une réponse (suffisante) à votre plainte, veuillez vous adresser à l'Ombudsman des Assurances, 35 Square de Meeûs, 1000 Bruxelles, téléphone: 02 547 58 71, fax: 02 547 59 75, e-mail: Vous disposez également du droit à introduire une procédure judiciaire.

Signature

Signature.....
Date