

**Accord préalable sur le traitement
des données personnelles relatives à l'état de santé**

1. Pour souscrire une assurance-vie individuelle, une réponse à une série de questions en lien avec votre santé est nécessaire. Vous pouvez consulter préalablement ces questions sur un document à part.
2. En cas d'accord de votre part, je peux vous poser ces questions et introduire vos réponses dans le système informatique. Après avoir répondu aux différentes questions et avoir marqué votre consentement à vos réponses, celles-ci seront envoyées au service médical d'AG Insurance et ne seront en aucune manière conservées ici en agence. AG Insurance est responsable de la rédaction de ces questions. Je ne peux donc vous donner aucun éclaircissement complémentaire sur les questions qui vous seront posées.
3. Je ne peux pas vous influencer ou interpréter vos réponses.
4. En fonction entre autres du capital à assurer, il est possible que vous puissiez conclure immédiatement une assurance, mais il est également possible que des informations médicales complémentaires soient nécessaires. Dans ce dernier cas, le service médical d'AG Insurance prendra contact avec vous par écrit.
5. Si vous préférez donner les réponses seul (ou ensemble avec votre médecin traitant) et par écrit, ou si vous souhaitez, à un moment donné, fournir vos réponses à ces questions par écrit sur un formulaire sous enveloppe fermée qui est directement envoyé au médecin-conseil de AG Insurance, ceci est toujours possible sur simple demande de votre part.
6. Au service Life Protect, vos données personnelles concernant votre état de santé vont être traitées en détail. Ce traitement se passe sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé, en bref sous la responsabilité d'un médecin.

Me donnez-vous, après avoir été suffisamment informé, votre accord pour que j'introduise, au niveau du système informatique, vos réponses aux questions comme elles vous seront soumises et ce pour traitement électronique de vos données personnelles médicales ?

Attention: Le présent document ne peut qu'être utilisé pour information. Le document ne doit pas être signé ou envoyé au service Life Protect. Il faut continuer la procédure et cocher la réponse du client sur la question ci-dessus (qui ou non) dans le système.

Questionnaire électronique – Exemple de la liste des questions

1. **Quelle est votre taille, votre poids ?***
2. **Fumez-vous ou avez-vous fumé pendant les 12 derniers mois ?***
* AG Insurance se réserve le droit de demander un contrôle par un médecin
3. **L'assurance couvre-t-elle un crédit hypothécaire souscrit pour l'acquisition ou la transformation de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance ?**

1. **Avez-vous reçu un avis médical ou avez-vous suivi un traitement en raison de votre consommation de tabac, de boissons alcoolisées ou de stupéfiants ?**
2. **Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affection* (à l'exception d'infections banales comme une grippe ou un refroidissement, une gastro-entérite ou une diarrhée de moins d'une semaine) ?**

* par affection on entend : maladie, plaintes de santé, syndrome ou handicap.

par exemple:

- **affections du cerveau ou du système nerveux**, par exemple paralysie, thrombose ou hémorragie cérébrale, épilepsie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, troubles de l'équilibre, vertiges persistants, inflammation du nerf optique, migraine, céphalées de tension...
- **affections d'origine psychologique**, par exemple dépression, surmenage, burnout, troubles anxieux, problèmes d'insomnie, troubles bipolaires, psychose, schizophrénie, troubles alimentaires, hyperventilation, stress chronique...
- **affections du cœur et des vaisseaux sanguins**, par exemple infarctus du myocarde, douleurs thoraciques, troubles du rythme cardiaque, palpitations pour lesquelles vous êtes ou avez été sous traitement, rétrécissement veineux, thrombose, embolie, insuffisance cardiaque ou valvulaire, varices, phlébite...
- **hypercholestérolémie ou hypertension artérielle**
- **diabète**
- **dysfonctionnements thyroïdiens**
- **affections pulmonaires ou des voies respiratoires**, par exemple asthme, bronchite chronique, emphysème, toux persistante, pneumonie, pleurésie, allergie récidivante,...
- **affections de l'appareil digestif**, par exemple appendicite, calculs biliaires, œsophagite ou gastrite, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, pancréatite...
- **maladie du foie, hépatite B ou C, une infection persistante, un test HIV perturbé, SIDA**
- **affections des reins, des voies urinaires ou des organes génitaux**, par exemple protéines dans les urines (protéinurie), calculs rénaux, néphrite récidivante, cystite récidivante, affections de la prostate, prostatite ou affections testiculaires, inflammation de l'utérus, fibromes utérins, hystérectomie, kystes ovariens, problèmes de fertilité, affections mammaires...
- **affections sanguines ou des vaisseaux lymphatiques**, par exemple anémie, troubles de la coagulation, leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome...
- **une affection maligne ou un cancer**

- **affections musculaires ou articulaires (dos inclus)**, par exemple une fracture, une lésion articulaire ou musculaire suite à un accident ou à la pratique d'un sport, une maladie musculaire, dystrophie, myasthénie, rhumatisme, polyarthrite rhumatoïde, arthrite, arthrose, douleurs articulaires ou musculaires (dos, cou, poignets, épaules, mains, hanches, genoux, pieds...) de plus de 3 semaines consécutives, hernie, lumbago, fibromyalgie, fatigue chronique...
 - **affections de la peau**, par exemple eczéma, allergie sévère, psoriasis, mélanome, blessure difficile à guérir (plus de 3 semaines consécutives)...
 - **affections des yeux, de l'ouïe ou du nez**, par exemple myopie inférieure à 8 dioptrie, hypermétropie, utilisation de lunettes de lecture (presbytie), glaucome, cataracte, diminution forte de la vue, cécité, sinusite, déviation de la cloison nasale, surdité, troubles auditifs...
3. **Etes-vous actuellement en incapacité de travail ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de 3 semaines consécutives pour raisons médicales (à l'exception d'une grossesse ou d'un repos de maternité) ?**

4. **Suivez-vous en ce moment un traitement (médicaments* ou autre) ou un traitement vous a-t-il été prescrit dans les 5 dernières années pour une période de plus de 3 semaines consécutives (à l'exception des vitamines, des compléments alimentaires, de la pilule ou d'autres contraceptifs) ?**

*par médicaments on entend: pilules, sachets, sirops, suppositoires, inhalations, piqûres ou baxters.

par exemple :

chimiothérapie, traitement par rayons ou radiothérapie, traitement contre les allergies ou le rhume des foies, traitement hormonal de la ménopause, médicaments relatifs à un mauvais fonctionnement de la thyroïde, pommade pour la peau ou autre médication contre l'eczéma, le psoriasis ou les démangeaisons, antidouleur, anti-inflammatoire, antibiotique, psychothérapie, antidépresseurs, kinésithérapie, massages...

5. **Ces 10 dernières années, avez-vous été soigné dans un hôpital ou est-ce prévu dans les 12 prochains mois (à l'exception d'une hospitalisation suite à une grossesse, un accouchement ou des soins dentaires) ?**

par exemple :

une intervention esthétique, une intervention pour une appendicite, des calculs biliaires ou des calculs rénaux, enlèvement de l'utérus sans traitement postopératoire, une intervention orthopédique ou arthroscopie, une intervention au niveau de la thyroïde, enlèvement des amygdales ou végétations nasales, correction de la cloison nasale...

Attention! Le présent document constitue un exemple et ne peut en aucun cas être utilisé pour l'acceptation médicale même. Pour finaliser l'acceptation médicale électronique, il faut que toutes les réponses aient été introduites dans le système et que le document contenant les questions et les réponses ait été imprimé et signé par le client.