

# FROLSON

## Questionnaire Médical

CONFIDENTIEL

<b>Vous devez répondre à toutes les questions en cochant la case « Oui » ou « Non »</b>	<b>Assuré</b>	<b>Conjoint Concubin</b>	<b>Enfant no 1</b>	<b>Enfant no 2</b>	<b>Enfant no 3</b>	<b>Enfant no 4</b>
<b>Nom</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Prénom</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Date de naissance</b>						
Poids (kg) (Si votre conjointe est enceinte, indiquer le poids avant la grossesse)						
Taille (cm)						
1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu, au cours de 3 dernières années un arrêt de travail supérieur à 30 jours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
2. Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15% ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux (comme une sérologie VIH, hépatite ou mononucléose) ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi et/ou devez-vous subir prochainement une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois d'une césarienne ou de l'ablation de l'appendice, des varices, des amygdales, et/ou végétations, de la vésicule biliaire) ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous, été hospitalisé(e) dans un hôpital, une clinique maison de santé ou un établissement thermal et/ou devez vous l'être dans les 12 prochains mois ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint, de maladies ou affections ayant entraîné une surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments, psychothérapie...) pendant plus de 30 jours consécutifs ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 24 prochains mois ?	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu "oui" à l'une des ces questions, merci de fournir tous les renseignements utiles : date(s), durée(s), motif(s) ou raison(s) médicale(s) précise(s), séquelle(s), traitement(s), résultat(s) des tests biologiques... :**

**SIGNATURE**

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes et sincères.

Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration peuvent entraîner l'annulation immédiate de mon régime de protection sociale, conformément aux dispositions prévues par la loi luxembourgeoise sur le secteur des assurances.

Je suis informé(e) que mes données personnelles seront transférées auprès du centre de gestion et des assureurs concernés dans le respect de la protection des données personnelles au niveau du droit informatique et liberté. Ce transfert est nécessaire pour la gestion du contrat et la mise en place des garanties. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification de suppression ou d'opposition aux données traitées.

J'autorise l'Assureur et/ou le centre de gestion à communiquer ces informations à leurs mandataires le cas échéant.

J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié au programme d'assurance souscrit par WCA.

Date : / /

Signature (précédé de la mention « Lu et Approuvé ») :