DELA

☒ cocher ce qui convient
à compléter en lettres MAJUSCULES

numéro de la demande :

numéro de la police :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

informations générales

Qui cette déclaration de santé concerne-t-elle ?

nom .....

prénom ..... ☐ homme ☐ femme

date de naissance ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Vous devez compléter uniquement le(s) questionnaire(s) qui correspond(ent) à la / au(x) catégorie(s) indiquée(s) (A-J) sur la proposition d'assurance. Si cela est souhaité, ce questionnaire peut être envoyé sous enveloppe confidentielle avec la mention "secret médical" à DELA, Noorderplaats 5 boîte 2, 2000 Anvers. **N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.** « DELA » désigne DELA Natura- en levensverzekeringen N.V. – Belgisch bijkantoor (n° d'entreprise 0665.931.229), sise à Noorderplaats 5 boîte 2, 2000 Anvers, succursale de DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., compagnie de droit néerlandais (n° KvK 17078393), sise à Oude Stadsgracht 1, 5611DD Eindhoven, Pays-Bas, agréée pour la branche 21 assurances vie sous le numéro de code 2864.

A Affections du cerveau, du système nerveux et/ou des muscles, **excepté** les affections malignes (catégorie F).

Question 1 : De quoi avez-vous souffert/souffrez-vous ?

- ☐ maladie d'Alzheimer/démence
- ☐ maladie de Parkinson
- ☐ spasme au niveau des vaisseaux sanguins/TIA
- ☐ attaque d'apoplexie/AVC
- ☐ hémorragie cérébrale
- ☐ névrite des membres
- ☐ crises d'épilepsie
- ☐ tumeurs bénignes :
  - ☐ méningiome
  - ☐ neurinome
  - ☐ kyste au cerveau
- ☐ Spina Bifida (dos ouvert)
- ☐ Sclérose en plaques
- ☐ polio
- ☐ ALS
- ☐ Myasthénie Grave
- ☐ maladie de Charcot-Marie-Tooth
- ☐ méningite
- ☐ migraine
- ☐ hydrocéphalie
- ☐ polyneuropathie
- ☐ algoneurodistrophie
- ☐ syndrome Ehlers-Danlos
- ☐ maladie musculaire, lequel ? .....
- ☐ autre : .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Où et comment avez-vous été traité(e) ?

A Où ?
- ☐ hospitalisation unique
- ☐ multiples hospitalisations
- ☐ admission permanente dans une institution de soins de santé. Dans quelle institution ? .....
- ☐ à domicile

B Comment ?
- ☐ opérations. Lesquelles ? .....
- ☐ médicaments
- ☐ revalidation

Question 4 : État actuel.

A Vous :
- ☐ ne dépendez d'aucune aide
- ☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)

B Avez-vous des séquelles :
- ☐ oui, paralysie unilatérale
- ☐ oui, chaise roulante
- ☐ oui, alité(e)
- ☐ oui, incontinence
- ☐ autre limitation, à savoir .....

C De quoi souffrez-vous ?
- ☐ fatigue
- ☐ crampes musculaires
- ☐ faiblesses musculaires
- ☐ troubles sensitifs
- ☐ problèmes de mémoire
- ☐ tremblements ou frissons
- ☐ aucun trouble
- ☐ autres troubles, à savoir .....

Question 5 : Traitement actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌋⌊_⌋

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C Quelle thérapie suivez-vous actuellement ? ☐ kinésithérapie ☐ ergothérapie ☐ logopédie

Question 6 : Particularités. Êtes-vous déclaré(e) invalide ? ☐ oui ☐ non

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

DELTA

☒ cocher ce qui convient
à compléter en lettres MAJUSCULES

B Défaillance cardiaque, troubles cardiaques, maladies cardiaques et/ou troubles vasculaires

Question 1 : De quel problème s'agit-il ?

- ☐ hypertension
- ☐ arythmie cardiaque
- ☐ angine de poitrine
- ☐ obstruction artérielle dans les membres ou dans le cou
- ☐ rétrécissement de vaisseaux sanguins
- ☐ thrombose veineuse profonde (occlusion d'une veine de la jambe)
- ☐ vasculite (inflammation de l'artère)
- ☐ infarctus
- ☐ affaiblissement cardiaque ou défaillance cardiaque
- ☐ défaillance de vaisseaux sanguins (anévrisme) dans: ☐ le ventre ☐ la cage thoracique ☐ le cerveau
- ☐ problème de valvules cardiaques
- ☐ affection du cœur congénitale, quelle ?
  .....
  .....
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Quel traitement avez-vous suivi ?

- ☐ médicaments
- ☐ examen de l'aine (cathétérisme)
- ☐ pose de stents
- ☐ pose d'une prothèse vasculaire
- ☐ implantation d'un stimulateur cardiaque / défibrillateur
- ☐ chirurgie de la valve cardiaque
- ☐ exploration électrophysiologique avec ablation
- ☐ pontage
- ☐ fermeture de l'anévrisme (clipping-coiling)

Question 4 : État actuel.

A Vous :
- ☐ ne dépendez d'aucune aide
- ☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
- ☐ vous déplacez en chaise roulante
- ☐ êtes alité(e)

B Avez-vous des séquelles ? ☐ fatigue ☐ essoufflement ☐ douleur dans la poitrine

C Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ? ☐ diabète ☐ taux de cholestérol trop élevé ☐ insuffisance rénale

Question 5 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊⌊⌊

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....
.....
.....
.....

C Quelle est votre tension actuelle ? .....

Question 6 : Particularités. Êtes-vous déclaré(e) invalide ? ☐ oui ☐ non

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....
.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

C Affections pulmonaires et/ou des voies respiratoires, **excepté** les affections malignes (catégorie F).

Question 1 : De quel(le) trouble/affection s'agit-il ?

- ☐ asthme/asthme d'effort
- ☐ bronchite chronique/BPCO/emphysème pulmonaire
- ☐ maladie professionnelle par exemple asbestose, silicose...
- ☐ pneumothorax
- ☐ mucoviscidose
- ☐ embolie pulmonaire
- ☐ pneumonie
- ☐ sarcoïdose
- ☐ tumeurs aux poumons bénignes - lesquelles ? .....
- ☐ autre : .....
  .....
  .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Comment avez-vous été traité(e) ?

- ☐ médicaments
- ☐ exercices respiratoires (chez le kinésithérapeute par exemple)
- ☐ utilisation d'aérosol/puffs
- ☐ utilisation d'oxygène
- ☐ admission dans un centre de revalidation
- ☐ hospitalisation
- ☐ admission dans un sanatorium
- ☐ plusieurs hospitalisations/séjours en centre de revalidation

Question 4 : État actuel.

A Vous :
- ☐ ne dépendez d'aucune aide
- ☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
- ☐ vous déplacez en chaise roulante
- ☐ êtes alité(e)

B De quoi souffrez-vous encore ? ☐ essoufflement : ☐ oui Uniquement en cas d'efforts intenses ? ☐ oui ☐ non
Aussi en cas d'efforts peu intenses ? ☐ oui ☐ non
En permanence, même sans effort ? ☐ oui ☐ non
Lorsque les conditions atmosphériques sont variables (p.e. brouillard/pollution) ? ☐ oui ☐ non
☐ non

C De quoi souffrez-vous encore? ☐ fatigue ☐ formation de mucus ☐ douleur dans la poitrine ☐ aucun trouble

DELTA

☒ cocher ce qui convient
à compléter en lettres MAJUSCULES

Question 5 : Traitements actuels.
A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌊_⌊
B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.
.....
.....
.....
.....
.....
C Suivez-vous d'autres traitements ? ☐ oui : lesquels / lesquelles? ☐ oxygénothérapie ☐ kinésithérapie ☐ autre : .....
☐ non .....
Question 6 : Particularités. Êtes-vous déclaré(e) invalide ? ☐ oui ☐ non
Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....
.....
.....
.....
.....
N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

D Affections du système immunitaire et/ou du sang, **excepté** les affections malignes (catégorie F).

Question 1 : De quel(le) trouble/affection s'agit-il ?

☐ psoriasis avec troubles articulaires
☐ arthrite rhumatoïde ('rhumatisme' des articulations)
☐ arthrose (calcification des os)
☐ maladie de Sjögren / sclérodermie
☐ maladie de Bechterew
☐ rhumatisme musculaire
☐ VIH/SIDA
☐ Lupus / neurofibromatose
☐ hypogammaglobulinémie
☐ thalassémie
☐ anémie
☐ thrombophilie
☐ hémophilie
☐ SFC (syndrome du fatigue chronique)
☐ fibromyalgie
☐ malaria
☐ maladie de Lyme
☐ autre : .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌊_⌊ - ⌊_⌊_⌊ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Comment avez-vous été traité(e) ?

☐ médicaments
☐ kinésithérapie
☐ ergothérapie
☐ opérations, lesquelles ? .....
.....
.....
☐ administration d'une perfusion à l'hôpital de jour
☐ admission en centre de revalidation / hôpital
☐ admissions multiples en centre de revalidation / hôpital

Question 4 : État actuel.
A Vous : ☐ ne dépendez d'aucune aide
☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
☐ êtes alité(e)
B De quoi souffrez-vous encore ? ☐ douleurs articulaires ☐ faiblesses musculaires ☐ amaigrissement
☐ fatigue ☐ poussées de fièvre ☐ troubles dermatologiques
C Utilisez-vous ☐ des béquilles ☐ un déambulateur ☐ une chaise roulante

Question 5 : Traitements actuels.
A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌊_⌊
B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.
.....
.....
.....
.....
.....
Question 6 : Particularités.
A Avez-vous un logement adapté ☐ oui ☐ non
B Êtes-vous déclaré(e) invalide ? ☐ oui ☐ non
C Suivez-vous d'autres traitements ? ☐ oxygénothérapie ☐ kinésithérapie
Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....
.....
.....
.....
.....
N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

DELA

☒ cocher ce qui convient
à compléter en lettres MAJUSCULES

E Affections de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, du pancréas, de la vessie et/ou des reins, **excepté** les affections malignes (catégorie F).

Question 1 : De quel(le) trouble/affection s'agit-il ?

A œsophage/estomac
- ☐ tumeur bénigne à l'œsophage ou à l'estomac
- ☐ varices œsophagiennes
- ☐ by-pass gastrique/anneau gastrique
- ☐ hémorragie
- ☐ autre : .....
  .....

B système intestinal
- ☐ inflammations :
  - ☐ rectocolite hémorragique/ Colitis Ulcerosa
  - ☐ maladie de Crohn
  - ☐ diverticulite
- ☐ tumeur bénigne
- ☐ intolérance au lactose ou au gluten
- ☐ autre : .....
  .....

C foie/bile/pancréas
- ☐ jaunisse 'hépatite A'
- ☐ jaunisse chronique 'hépatite B ou C'
- ☐ stéatose du foie (stéatose hépatique)
- ☐ cirrhose du foie
- ☐ tumeur bénigne (kyste hépatique)
- ☐ pancréatite
- ☐ kyste du pancréas
- ☐ hémochromatose
- ☐ autre : .....
  .....

D vessie/voies urinaires/ prostate/reins
- ☐ tumeurs ou kystes bénins :
  - ☐ vessie
  - ☐ reins
  - ☐ prostate
- ☐ inflammation fréquente :
  - ☐ vessie
  - ☐ reins
  - ☐ prostate
- ☐ insuffisance rénale
- ☐ ablation d'un rein/néphrectomie
- ☐ autre : .....
  .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Où et comment avez-vous été traité(e) ?

A Où ?
- ☐ à domicile
- ☐ hospitalisation : ☐ hospitalisation unique ☐ multiples hospitalisations

B Comment ?
- ☐ médicaments
- ☐ radiothérapie (traitement par rayon)
- ☐ opérations, lesquelles ? .....
- ☐ hémodialyse/dialyse péritonéale

Question 4 : État actuel.

A Vous :
- ☐ ne dépendez d'aucune aide
- ☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
- ☐ vous déplacez en chaise roulante
- ☐ êtes alité(e)

B De quoi souffrez-vous encore ?
- ☐ problèmes de défécation
- ☐ jaunisse
- ☐ nausées
- ☐ manque d'appétit
- ☐ perte de poids, nombre de kilos ⌊_⌋⌊_⌋
- ☐ œdème dans la cavité abdominale

Question 5 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌋⌊_⌋

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....
.....
.....
.....
.....

Question 6 : Particularités.

A Avez-vous un anus artificiel ? ☐ oui ☐ non

B Suivez-vous un régime spécifique ou avez-vous adopté des habitudes alimentaires adaptées ? ☐ oui ☐ non

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....
.....
.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

F Tumeurs malignes et/ou maladie du sang maligne

Question 1 : De quoi avez-vous souffert/souffrez-vous ?

- ☐ A tumeur au cerveau
- ☐ B tumeur aux poumons/tumeur de la plèvre
- ☐ C tumeurs du ventre
  - ☐ œsophage
  - ☐ estomac
  - ☐ intestin
  - ☐ pancréas
  - ☐ foie
  - ☐ voies biliaires
- ☐ D tumeurs gynécologiques
  - ☐ ovaire
  - ☐ col de l'utérus
  - ☐ dysplasie du col de l'utérus
  - ☐ utérus
- ☐ E tumeurs au sein

☐ F leucémie, cancers de la moelle osseuse et cancers des ganglions lymphatiques
- ☐ leucémie
- ☐ Lymphome : ☐ Hodgkinien ☐ non-Hodgkinien
- ☐ myélome multiple (maladie de Kahler)
- ☐ myélodysplasie

☐ G mélanome
☐ H tumeurs aux muscles et aux os, lesquelles ? .....
.....
☐ I tumeur à la glande thyroïde
☐ J tumeurs au nez, à la gorge et à la bouche, lesquelles ? .....
.....
☐ K tumeurs au rein, à la vessie et à la prostate, lesquelles ? .....
.....
☐ L cancer du testicule
☐ M autre : .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Comment avez-vous été traité(e) ?

☐ médicaments
☐ opérations, lesquelles ? .....
.....
☐ chimiothérapie (perfusions)
☐ radiothérapie (traitement par rayons)

Question 4 : État actuel.

A Est-ce que la tumeure est revenue ? ☐ oui ☐ non
B Des métastases sont-elles présentes ? ☐ oui ☐ non
C Vous :
- ☐ ne dépendez d'aucune aide
- ☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
- ☐ vous déplacez en chaise roulante
- ☐ êtes alité(e)

D Avez-vous les séquelles suivantes ? ☐ amaigrissement ☐ fatigue ☐ essoufflement

Question 5 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊⌊
B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question 6 : Thérapies de cancer spécifique actuelles

A Quelle thérapie de cancer suivez-vous actuellement? ☐ chimiothéraphie (perfusions)
☐ radiothérapie (traitement par rayons) ☐ kinésithérapie
☐ oxygénothérapie ☐ médicaments - lequels? ..... ☐ aucune thérapie
B D'autres opérations et/ou traitements sont-ils/elles prévu(e)s ? ☐ oui ☐ non lesquel(le)s ? .....
C Etes-vous alimenté(e) par sonde ? ☐ oui ☐ non

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire. .....
.....
.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

G Affections de nature psychique, dépression et/ou dépendance (si d'application, à compléter par l'administrateur/administratrice ou le/la tuteur/tutrice)

Question 1 : De quoi avez-vous souffert/souffrez-vous précisément ?

A affection congénitale
- ☐ syndrome de Down
- ☐ manque d'oxygène à la naissance (syndrome de l'enfant hypotonique)
- ☐ déficit chromosomique

B troubles du développement
- ☐ autisme

C troubles acquis
- ☐ burn-out / trouble de l'humeur
- ☐ dépression chronique
- ☐ Borderline
- ☐ maniacodépression ou syndrome bipolaire
- ☐ schizophrénie
- ☐ phobie ou névrose
- ☐ troubles anxieux
- ☐ conversion des troubles/hystérie
- ☐ anorexia / boulemia nervosa

D toxicomanies ☐ alcoolisme ☐ dépendance à la drogue ☐ dépendance aux médicaments
E autre : .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Où et comment avez-vous été traité(e) ?

A Où ?
☐ à domicile
☐ hospitalisation : ☐ hospitalisation unique ☐ multiples hospitalisations
☐ un centre de désintoxication: ☐ admission unique ☐ multiples admissions
☐ admission permanente dans une institution de soins de santé

B Comment ?
☐ médicaments ☐ accompagnement à domicile ou habitation protégée ☐ logopédie ☐ kinésithérapie
☐ psychothérapie ☐ ergothérapie

Question 4 : État actuel.

A Vous : ☐ ne dépendez d'aucune aide
☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
☐ vous déplacez en chaise roulante
☐ êtes alité(e)

B Souffrez-vous :
☐ d'un retard mental ☐ de troubles moteurs, de difficultés pour bouger ☐ d'angoisse
☐ de troubles de la mémoire ☐ de démence
☐ de confusion ☐ de troubles du comportement ☐ d'hallucinations

Question 5 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌋⌊_⌋

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C Quelle thérapie suivez-vous actuellement ?
☐ kinésithérapie ☐ logopédie ☐ ergothérapie ☐ groupe d'entraide

Question 6 : Particularités.

A Disposez-vous de la capacité juridique ? ☐ oui ☐ non si non, ☐ sous tutelle ☐ autre
B Etes-vous déclaré(e) invalide? ☐ oui ☐ non

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire.

.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

H Diabète et/ou autres affections des glandes internes comme la glande thyroïde et/ou la glande surrénale.

Question 1 : De quel trouble/affection s'agit-il ?

A diabète ☐ type 1 ☐ type 2 ☐ êtes-vous insulinodépendant(e) ? ☐ oui ☐ non
B troubles de la glande thyroïde ☐ fonctionne trop vite ☐ kystes ou tumeur goitreuse sur la glande thyroïde
☐ fonctionne trop lentement ☐ thyroïdite
C glande surrénale ☐ maladie de Cushing (hyperplasie de la glande surrénale)
☐ maladie d'Addison (insuffisance de la glande surrénale)
☐ phéochromocytome (maladie de la médullosurrénale)
D hypophyse ☐ tumeur (prolactinome)
E autre : .....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Où et comment avez-vous été traité(e) ?

A où ? ☐ à domicile
☐ à l'hôpital ☐ une fois ☐ plusieurs fois
B comment ? ☐ opérations, lesquelles ? .....
.....
☐ traitement par rayons
☐ médicaments
☐ aucun traitement

Question 4 : État actuel.

A Vous : ☐ ne dépendez d'aucune aide
☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
☐ vous déplacez en chaise roulante
☐ êtes alité(e)

B Présentez-vous des anomalies au niveau ...

☐ des vaisseaux du cœur ou sanguins ☐ oui ☐ non ☐ de la rétine ou des yeux ? ☐ oui ☐ non
☐ des reins ou de l'urine ☐ oui ☐ non ☐ des nerfs ? ☐ oui ☐ non

Question 5 : Traitements actuels.

A Vous faites-vous régulièrement examiner par :

☐ votre médecin généraliste ? ☐ oui ☐ non
☐ un spécialiste ? ☐ oui ☐ non Si oui, ophtalmologue - cardiologue - diabétologue - endocrinologue (veuillez préciser)
☐ pédicure ? ☐ oui ☐ non

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C Quelle est la fréquence des analyses de laboratoire ? .....

Question 6 : Particularités.

A Suivez-vous un régime spécifique ou êtes-vous conseillé(e) en matière alimentaire ? ☐ oui ☐ non

B Quelle est votre tension ? .....

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire.

.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

Transplantations d'organe

Question 1 : De quelle transplantation s'agit-il ? .....

De quelle maladie sous-jacente s'agit-il ? .....
.....
.....
.....

Question 2 : Quand la transplantation a-t-elle eu lieu ? .....

Question 3 : État actuel.

A Vous : ☐ ne dépendez d'aucune aide
☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)
☐ vous déplacez en chaise roulante
☐ êtes alité(e)

B Avez-vous les séquelles suivantes ?

☐ amaigrissement ☐ essoufflement ☐ difficultés à marcher ☐ infections fréquentes

Question 4 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌊_⌊_⌋

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C Quelle thérapie suivez-vous actuellement ? ☐ kinésithérapie ☐ ergothérapie

Question 5 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire.

.....
.....
.....
.....

N'oubliez pas de signer le questionnaire au bas de la dernière page.

DELA

☒ cocher ce qui convient
à compléter en lettres MAJUSCULES

J

Des blessures permanentes constatées suite à un accident et/ou un handicap physique - invalidité

Question 1 : Description de l'accident ou du handicap / cause de l'invalidité : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Question 2 : Quand avez-vous été traité(e) pour la première fois ? ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 3 : Où et comment avez-vous été traité(e) ?

A Où ? ☐ à domicile

☐ hospitalisation : ☐ une fois ☐ plusieurs fois

☐ admission permanente dans une institution

B Comment ? ☐ médicaments

☐ opérations Lesquelles ? .....

.....

☐ physiothérapie ☐ kinésithérapie ☐ ergothérapie

Question 4 : État actuel.

A Vous : ☐ ne dépendez d'aucune aide

☐ dépendez d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne (vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, manger...)

☐ vous déplacez en chaise roulante

☐ êtes alité(e)

B Description des séquelles : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Question 5 : Traitements actuels.

A Êtes-vous sous contrôle médical/traité(e) par un médecin ? ☐ oui ☐ non Si oui, combien de fois par an ? ⌊_⌊_⌋

B Quel(s) médicament(s) prenez-vous, même pour d'autres affections ? Veuillez répondre **exhaustivement**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C A quelle aide avez-vous recours ? .....

.....

.....

Question 6 : Particularités. A Quel est le pourcentage d'invalidité ? ⌊_⌊_⌋ %

B Quand ce pourcentage a-t-il été déterminé ? ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ (jj-mm-aaaa)

Question 7 : Vous pouvez fournir ci-dessous des informations éventuelles concernant votre affection, maladie, déficience ou trouble. IMPORTANT : sont visées toutes circonstances importantes connues par vous et non encore mentionnées, susceptibles d'influencer le risque à assurer et que vous n'avez pas encore mentionnées explicitement dans le présent questionnaire.

.....

.....

.....

.....

.....

Le soussigné certifie que toutes les informations données sont sincères et véritables. Il est conscient que des informations délibérément inexactes et/ou incomplètes entraînent la nullité du contrat d'assurances. Le soussigné s'engage à mentionner sans délai à DELA toute modification de son état de santé général qui se manifesterait entre le moment du présent questionnaire et l'entrée en vigueur du contrat/couverture d'assurance éventuelle et qui serait de nature à alourdir le risque assuré.

Date **prénom, nom et signature personne à assurer (éventuellement tuteur/tutrice)**

⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ (jj-mm-aaaa) .....