

Nom et prénom :né(e) le

Numéro de registre national :

Adresse : tél :

N° contrat : Adresse mail :

Compte bancaire: *assuré(e)* : au nom de :

société : au nom de :

Ce document doit être COMPLETE SOIGNEUSEMENT PAR L'ASSURE ou, s'il en est physiquement incapable, par son mandant.

Nous attirons votre attention sur le fait que toute omission ou réponse incomplète (un trait ne constituant pas une réponse) peut lui être préjudiciable.

Profession (énoncer et décrire la nature des fonctions remplies)

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

Employeur (nom et adresse)

.....

Régime de pension : indépendant appointé salarié

Mutuelle : - nom

- adresse

Ou vignette

- n° d'affiliation

Quel est, à votre avis, l'affection dont vous souffrez?

.....
.....

A quelle date en avez-vous ressenti les premières manifestations?

Quelles étaient ces manifestations?

.....
.....

Quelles sont-elles actuellement?

.....
.....

Avez-vous dû cesser ou restreindre vos activités

professionnelles pour l'affection déclarée ci-dessus? oui non

Si oui : - pendant quelles périodes?

- dans quelles proportions?

Avez-vous dû garder la chambre? oui non

Si oui : - pendant quelles périodes?

Avez-vous dû être la chambre? oui non

Si oui : - pendant quelles périodes?

- où?.....

Des examens spéciaux ont-ils été pratiqués au cours de la présente maladie ? oui non

Si oui: - lesquels?

.....
.....

- quels en ont été les résultats ?

- préciser l'identité de la(des) personne(s) qui détient(détiennent) les résultats des examens spéciaux ?

.....

Avant la présente maladie :

- Avez-vous souffert d'autres affections graves ? oui non

Si oui: - lesquelles?

- quand?

.....

- Avez-vous été victime d'accidents? oui non

Si oui: - lesquels?

- conséquences?

.....

- quand?

.....

- quelles en ont été les séquelles?

.....

- Avez-vous subi des interventions chirurgicales? oui non

Si oui: - lesquels?

- quand ?

.....

- Des examens spéciaux ont-ils été pratiqués? oui non

Si oui: - lesquelles?

- quand ?

.....

- quels en ont été les résultats?

.....

- préciser l'identité de la(des) personne(s) qui détient(détiennent) les résultats des examens spéciaux?

.....

Nom et adresse et spécialité du (des) médecin(s) consulté(s) pendant le décours de la présente maladie

.....

.....

- périodes?

.....

Les données à caractère personnel (« les données personnelles ») communiquées par la personne concernée ou reçues légitimement par AXA Belgium, responsable des traitements, peuvent être traitées par la compagnie en vue de la gestion du fichier des personnes, de la gestion des contrats d'assurance et des sinistres, du service à la clientèle, de la gestion de la relation avec l'intermédiaire d'assurance, de la détection, prévention et lutte contre la fraude, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de l'acceptation des risques, de la surveillance du portefeuille, d'études statistiques. Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, au respect d'une obligation légale ou aux intérêts légitimes d'AXA Belgium.

Dans la mesure où la communication des données personnelles est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, ces données peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci ainsi qu'aux autorités publiques compétentes. La personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données personnelles, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur

DECLARATION DE MALADIE
A renvoyer complétée et accompagné de la carte
identité du signataire au
life.selfemployed@axa.be

traitement. Dans le cas où la personne concernée a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, elle peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'exécution de son contrat.

AXA Belgium veille à assurer un niveau adéquat de protection lorsque les données personnelles sont transférées hors Union Européenne.

La personne concernée peut obtenir plus d'informations et exercer ses droits soit via son espace client MyAXA, soit via le site internet www.AXA.be, ou encore par courrier postal à l'adresse suivante : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), Place du Trône 1, 1000 Bruxelles.

En signant ce document, la personne concernée donne son consentement explicite pour le traitement des données relatives à sa santé, nécessaire pour l'acceptation du risque et la gestion du contrat d'assurance et des sinistres.

Fait àle

Signature