



# Revenu garanti

## Questionnaire médical – Confidentiel

### Candidat assuré

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Femme Homme  
Numéro de registre national \_\_\_\_\_

### Informations non médicales sur l'assuré

Nous aimerions vous demander de répondre à toutes les questions par « oui » ou « non ».  
Lorsque vous répondez « oui », nous vous demandons également une explication courte et lisible.

#### 1 Informations sur l'activité professionnelle

Quelle est votre profession ? (description précise, s'il vous plaît)

---

---

---

Depuis ? \_\_\_\_\_

Exercez-vous également une activité complémentaire ? (description précise, s'il vous plaît)

---

---

---

Depuis ? \_\_\_\_\_

Type de travail      Personne seule      Collaborateur      Également dirigeant

Répartition des tâches \_\_\_\_\_% administratif      \_\_\_\_\_% commercial      \_\_\_\_\_% travail manuel

Séjournerez-vous à l'étranger pour des raisons professionnelles ou non professionnelles

pendant plus d'un mois par an ?      Oui      Non

Si oui, où et pour quelle période ? \_\_\_\_\_

Vos activités professionnelles incluent-elles :

• un travail physique ou manuel ?      Oui      Non  
Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

• l'élagage et l'abattage des arbres à tige haute ?      Oui      Non

• des travaux sur les toits, les échelles ou les échafaudages de plus de 4 mètres de haut,  
des travaux de construction ou de démolition ?      Oui      Non

• des travaux sur des câbles ou des lignes électriques à haute tension ou sur des  
machines mécaniques, des machines à bois ?      Oui      Non



- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| • la descente dans des mines, des carrières ou des puits ?  | Oui | Non |
| • l'utilisation ou la manipulation d'explosifs ou de produits toxiques/corrosifs  | Oui | Non |
| • l'utilisation d'un aéronef, sauf en tant que passager d'un aéronef, ou d'un hélicoptère équipé pour le transport de personnes ? | Oui | Non |
| • d'autres activités professionnelles dangereuses ?<br>Si oui, laquelle/lesquelles ? _____  | Oui | Non |

Professions précédentes :

---

---

Formation :

---

---

Avez-vous changé de profession ou d'emploi pour des raisons de santé ? Oui      Non  
Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_

Combien de jours avez-vous été dans l'incapacité d'exercer votre profession au cours des 12 derniers mois pour cause de maladie ? \_\_\_\_\_ jours

## 2 Informations sur les hobbies, les sports et le logement

- |  |   |     |
|--|---|-----|
| • Conduisez-vous une moto ?                                      | Oui   | Non |
| • Ce risque doit-il être assuré ?                                | Oui   | Non |
| • Pratiquez-vous un sport ?                                      | Oui   | Non |
| Si oui, laquelle/lesquelles ? _____                              |   |     |
| • Le pratiquez-vous  | en tant qu'amateur/professionnel<br>en compétition/sans compétition |     |
| • Avez-vous prévu un séjour à l'étranger dans un avenir proche ? | Oui   | Non |
| Si oui, combien de temps et où allez-vous ? _____                |   |     |



## Informations médicales sur l'assuré

### 1 Généralités

- a Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_  
Votre poids a-t-il changé au cours de l'année écoulée ? Oui Non  
Si oui, combien ? \_\_\_\_\_ kg  
S'agit-il d'une augmentation ou d'une diminution ? \_\_\_\_\_  
En cas d'augmentation ou de diminution de plus de 5 % du poids du corps, avez-vous suivi un régime alimentaire sous contrôle médical ? Oui Non
- b N'avez-vous pas travaillé pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années en raison d'une incapacité de travail (ne concerne pas la grossesse ou le congé de maternité) ? Oui Non  
Si oui, pourquoi ? Quelle est la situation actuelle ? \_\_\_\_\_
- c Êtes-vous invalide ou avez-vous un pourcentage d'invalidité reconnu ? Oui Non  
Si oui, combien ? \_\_\_\_\_
- d Fumez-vous ? Oui Non  
Si oui, combien de cigarettes/cigares/autres par jour ? \_\_\_\_\_
- e Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non  
Si oui, quelle boisson ? \_\_\_\_\_ Environ combien d'unités par jour ? \_\_\_\_\_
- f Faites-vous usage de narcotiques, de stimulants ou d'hallucinogènes ? Oui Non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_ À quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

### 2 Traitements et consultations

- a Êtes-vous actuellement en traitement ? Oui Non  
Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_  
Par qui ? \_\_\_\_\_
- b Quand avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_
- c Avez-vous été traité au cours des cinq dernières années par : Si oui, pourquoi ? Quand ?  
un ophtalmologue ? Oui Non \_\_\_\_\_  
un ORL ? Oui Non \_\_\_\_\_  
un chiropraticien, un ostéopathe, un homéopathe ou  
un acupuncteur ? Oui Non \_\_\_\_\_  
un autre spécialiste (préciser lequel) \_\_\_\_\_
- d Avez-vous au cours des 5 dernières années  
pris ou prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non  
avez subi des analyses sanguines répétées ? Oui Non  
suivi une cure avec des injections ? Oui Non  
eu un traitement aux rayons ionisants ? Oui Non



### 3 Examens

- a Avez-vous effectué l'un des examens suivants au cours des cinq dernières années ? Explication
- |                                     |     |     |       |
|-------------------------------------|-----|-----|-------|
| Radiographie ?                      | Oui | Non | _____ |
| Échographie ?                       | Oui | Non | _____ |
| Scanners ?                          | Oui | Non | _____ |
| Prise de sang ?                     | Oui | Non | _____ |
| Analyse d'urine                     | Oui | Non | _____ |
| Gastro-coloscopie                   | Oui | Non | _____ |
| Le résultat était-il toujours bon ? | Oui | Non | _____ |
- b Avez-vous déjà été examiné dans le cadre :
- |  |     |     |       |
|--|-----|-----|-------|
| d'une assurance vie ou une rente d'incapacité de travail ?                     | Oui | Non | _____ |
| de votre profession ou votre emploi ?  | Oui | Non | _____ |
| l'assurance a-t-elle été souscrite après coup ?                                | Oui | Non | _____ |
| votre demande a-t-elle été acceptée avec une prime normale et sans exclusion ? | Oui | Non | _____ |

### 4 Hospitalisation

Avez-vous été admis dans l'un des établissements suivants au cours des dix dernières années ?  
Une admission est-elle prévue dans les 12 prochains mois ?

- |  |     |     |       |
|--|-----|-----|-------|
| Hôpital ?  | Oui | Non | _____ |
| Institut psychiatrique ?                               | Oui | Non | _____ |
| Autres institutions (sanatorium, convalescence, etc.)? | Oui | Non | _____ |

### 5 Accidents - interventions chirurgicales

- a Avez-vous subi une opération au cours des dix dernières années ? Oui Non \_\_\_\_\_
- b Une opération est-elle prévue dans les 12 prochains mois ? Oui Non \_\_\_\_\_
- c Avez-vous au cours des 5 dernières années eu un accident, une blessure ou été exposé à une pollution radioactive ? Oui Non \_\_\_\_\_
- Si oui, êtes-vous complètement rétabli ? \_\_\_\_\_
- |                              |     |     |       |
|------------------------------|-----|-----|-------|
| eu une commotion cérébrale ? | Oui | Non | _____ |
| eu une fracture ?            | Oui | Non | _____ |



## 6 Fonctions

Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des problèmes

de sommeil ?	Oui	Non	_____
d'appétit ?	Oui	Non	_____
de selles ?	Oui	Non	_____
de fuites urinaires ?	Oui	Non	_____
de fatigue prolongée ?	Oui	Non	_____

## 7 Pathologies

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un trouble, d'une déficience ou d'une maladie, ou avez-vous subi une intervention en raison de plaintes aux niveaux suivants (l'énumération n'est pas exhaustive)

a yeux, nez, oreilles (strabisme, maladies des yeux, troubles de la vue et de l'audition, autres)	Oui	Non	_____
b nature psychique (anxiété, névrose, dépression, troubles bipolaires, autres)	Oui	Non	_____
c système nerveux (équilibre, maux de tête, vertiges, accidents vasculaires cérébraux, maladies des nerfs, nervosité, douleurs faciales, SFC, autres)	Oui	Non	_____
d voies respiratoires (larynx, bronchite, pneumonie, asthme, tuberculose, rhume des foies, autres)	Oui	Non	_____
e système cardiovasculaire (palpitations, difficultés respiratoires à l'effort, œdème, oppression, angine de poitrine, malformations cardiaques, maladies veineuses ou artérielles, varices, hypertension, autres)	Oui	Non	_____
f intestins (estomac, mauvaise digestion, vomissements, appendicite, péritonite, maladie du foie, jaunisse, colique biliaire, fracture, fistule de terre, mamelon, autre)	Oui	Non	_____
g voies urinaires, cystite, miction douloureuse, sanglante, difficile ou fréquente, maladies rénales. Incontinence accidentelle, autres ?)	Oui	Non	_____
h maladies sexuellement transmissibles (gonorrhée, syphilis, porteur du VIH ou du sida, chlamydia, autre)	Oui	Non	_____
i système musculo-squelettique (rhumatismes, arthrite, arthrose, lumbago, sciatique, fractures, luxations, fibromyalgie, autres)	Oui	Non	_____



j	peau (psoriasis, eczéma, herpès zoster, autres)	Oui	Non	_____
k	cause infectieuse (scarlatine, grippe, septicémie, méningite, hépatite, autres)	Oui	Non	_____
l	origine tropicale (malaria, fièvre jaune, autres)	Oui	Non	_____
m	organes génitaux (utérus, ovaires, seins, prostate, autres)	Oui	Non	_____
n	troubles des glandes endocrines (diabète, maladies thyroïdiennes, autres)	Oui	Non	_____
o	maladies du sang (anémie, autres)	Oui	Non	_____
p	maladies nutritionnelles et métaboliques (goutte, hémochromatose, autres)	Oui	Non	_____
q	tumeurs (bénignes, malignes)	Oui	Non	_____
r	autres pathologies non énumérées			_____

## 8 Examen médical

Vous opposez-vous à un examen effectué par ou à la demande de notre médecin-conseil ?		Oui	Non	_____
Le résultat final des analyses peut-il être transféré à votre médecin généraliste ?		Oui	Non	_____

Médecin traitant :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

## 9 Pour les dames uniquement

a	Avez-vous déjà été enceinte ?	Oui	Non	_____
	Les grossesses précédentes étaient-elles normales ?	Oui	Non	_____
	Les accouchements précédents se sont-ils déroulés normalement ?	Oui	Non	_____
	Avez-vous fait une fausse couche au cours des trois derniers mois ?	Oui	Non	_____
	Combien ? Après combien de semaines de grossesse ?			_____
b	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	Oui	Non	_____



## Communications concernant le traitement des données à caractère personnel

1. Les données à caractère personnel collectées dans le cadre de la proposition d'assurance seront traitées par Xerius Association d'Assurances Mutuelles, Brouwersvliet 4 boîte 4, 2000 Anvers, conformément au règlement général 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD). Le fondement du traitement des données à caractère personnel ordinaires est « nécessaire à l'exécution d'un contrat. ». Pour le traitement de données à caractère personnel particulières telles que les données relatives à la santé, il s'agit d'un consentement.
2. Vos données seront stockées et traitées dans un fichier aux fins de la gestion de votre (vos) police(s) d'assurance, de l'information sur les produits et services d'assurance que nous offrons et à des fins promotionnelles. Vous avez à tout moment le droit de consulter gratuitement ces données et de les faire rectifier si nécessaire. Si vous ne souhaitez pas que nous utilisions vos données à des fins promotionnelles, vous pouvez faire supprimer vos données à ces fins gratuitement ou vous désabonner via le lien figurant dans l'e-mail.
3. Dans notre déclaration de confidentialité à l'adresse [www.xerius.be/fr-be/privacy-statement](http://www.xerius.be/fr-be/privacy-statement) vous pouvez en savoir plus sur le traitement de vos données à caractère personnel et vos droits en vertu du RGPD. Les questions spécifiques concernant la vie privée et vos droits peuvent être adressées à [privacy@xerius.be](mailto:privacy@xerius.be).

## Consentement au traitement des données relatives à la santé de la personne à assurer

1. Je déclare avoir été informé de la déclaration de confidentialité de Xerius Association d'Assurances Mutuelles, qui se trouve sur le site Web de Xerius : [www.xerius.be/fr-be/footer/informations-juridiques](http://www.xerius.be/fr-be/footer/informations-juridiques).
2. Je reconnais que les données relatives à ma santé ne peuvent être traitées qu'avec mon consentement. Toutefois, si je ne donne pas mon consentement, la conclusion et/ou la bonne exécution de la police d'assurance peuvent être empêchées. Je reconnais en outre que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment. Toutefois, la révocation de mon consentement ne s'applique qu'à partir du moment de la notification de la révocation et n'affecte pas la licéité du traitement fondé sur mon consentement à la révocation.
3. Par la présente, je donne mon consentement explicite à Xerius Association d'Assurances Mutuelles pour le traitement de mes données de santé (ou celles du mineur ou de l'adulte dont je suis le représentant légal), à des fins d'évaluation des risques, de gestion des relations (pré)contractuelles, d'émission et d'exécution des polices d'assurance, de gestion des sinistres, de règlement éventuel des litiges, de prévention, de détection et d'enquête en matière de fraude à l'assurance et de notification d'une modification de la police d'assurance par une personne de confiance Xerius avant l'intervention d'un professionnel de la santé.



### Déclarations de la personne à assurer

1. Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et complètes et que je n'ai rien caché qui puisse induire en erreur Xerius Association d'Assurances Mutuelles dans sa décision sur l'assurance de revenu garanti proposée. Je sais que si tel était le cas, l'assurance souscrite serait nulle et non avenue.
2. Je libère mon médecin traitant du secret médical vis-à-vis du service de suivi médical et du médecin-conseil de Xerius Association d'Assurances Mutuelles au cas où des informations précontractuelles supplémentaires seraient nécessaires pour vérifier les données fournies dans le questionnaire médical et pour évaluer le risque.
3. Je m'engage à notifier par écrit à Xerius Associations d'Assurances Mutuelles tout changement de mon état de santé survenu avant la publication des conditions particulières.
4. Je confirme avoir reçu une copie certifiée conforme du questionnaire médical, et avoir pris connaissance des conditions générales et du document d'information relatif au produit d'assurance qui se trouvent sur le site Web de Xerius : [www.xerius.be/fr-be/assurances-pension/incapacite-de-travail/revenu-garanti](http://www.xerius.be/fr-be/assurances-pension/incapacite-de-travail/revenu-garanti).
5. Je confirme que je suis conscient du fait que Xerius Association d'Assurances Mutuelles peut, sur la base de la proposition d'assurance complétée, limiter la couverture d'assurance si nécessaire en introduisant des clauses spécifiques dans les conditions particulières et/ou des primes supplémentaires.
6. Je déclare que la signature de cette proposition d'assurance n'implique pas le début de la police. Sur la base de cette proposition d'assurance, Xerius Association d'Assurances Mutuelles établira une police d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de la proposition d'assurance correctement remplie et signée. La police d'assurance ne débute qu'à la réception d'une copie signée de la police d'assurance par Xerius Association d'Assurances Mutuelles et à la réception de la première prime.

J'accepte les communications concernant le traitement des données à caractère personnel et les déclarations de la personne à assurer.

Établi à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

J'accepte le consentement au traitement des données relatives à la santé de la personne à assurer.

Établi à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

**À renvoyer à Xerius Association d'Assurances Mutuelles, Rue Emile Francqui 1, 1435 Mont-saint-Guibert**  
**Avez-vous des questions concernant ce questionnaire médical ?**

Veillez nous contacter au 078 482 564 ou par e-mail à [medical@xerius.be](mailto:medical@xerius.be)