

questionnaire médical  
**REVENU GARANTI**

**ethias**  
ASSURANCE

 **MARSH**

Confidentiel

À retourner à l'attention de MARSH SA  
M. Stéphane HERBAUTS, Avenue Herrmann-Debroux 2 - 1160 BRUXELLES

Le questionnaire doit être complété personnellement par le candidat assuré ou son représentant légal

**IDENTITÉ DU CANDIDAT PRENEUR D'ASSURANCE**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Votre n° d'affilié : \_\_\_\_\_  
si vous êtes déjà assuré(e)

Adresse : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

N° de tél. privé : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_ N° de tél. employeur : \_\_\_\_\_

Votre n° de compte : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fonction du candidat preneur d'assurance : \_\_\_\_\_

Employeur du candidat preneur d'assurance : \_\_\_\_\_

**NOTICE IMPORTANTE**

L'appréciation du risque à assurer est basée sur les déclarations du candidat assuré et toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ses réponses peut entraîner, en vertu de l'article 6 de la loi du 25 juin 1992, la nullité du contrat d'assurance et le refus de paiement des garanties assurées. Des réponses complètes, claires et sincères sont expressément exigées. Le fait de répondre partiellement ou imprécisément peut entraîner des demandes de renseignements complémentaires et des retards.

**1**

- **Êtes-vous amené à prendre certains risques en exerçant votre profession ?**  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....
- **Avez-vous dû changer de profession pour des raisons de santé ?**  Oui  Non  
Si oui, lesquelles ? .....  
Quand ?      - - - - -      Profession antérieure ? .....
- **Pratiquez-vous un sport ?**  Oui  Non  
Si oui, lequel ? .....  
Fréquence ? .....
- **Avez-vous déjà séjourné en dehors de l'Europe pendant plus de 3 mois ou comptez-vous le faire au cours des 12 prochains mois ?**  Oui  Non  
Si oui, où ? .....  
Quand ?      Du - - - - - au - - - - -  
Motif ? .....

**2**

- **Présentez-vous une affection quelconque (déformation, malformation, maladie, séquelles) ?**  Oui  Non  
Si oui, laquelle ? .....
- **Votre capacité de travail est-elle réduite ?**  Oui  Non  
Si oui, pour quelle affection ? .....
- **Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ?**  Oui  Non  
Si oui, quand ?      - - - - -  
Pour quelle affection ? ..... Durée ? .....
- **Êtes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente invalidité ?**  Oui  Non  
Motif ? .....  
Taux ? ..... Depuis quand ?      - - - - -  
Profession antérieure ? .....
- **Avez-vous déjà été refusé, ajourné ou accepté moyennant surprime en vue de la souscription d'une assurance sur la vie, une assurance « invalidité », une assurance « revenu garanti » ou une assurance « soins de santé » ?**  Oui  Non  
Si oui, quand ?      - - - - - Pourquoi ? .....  
Par quelle compagnie ? ..... Taux éventuel de surprime ? .....

**3**

- **Votre poids a-t-il augmenté ou diminué durant les 5 dernières années ?**  Oui  Non  
Si oui, de combien ? + - - - - kg - - - - - kg Cause : ..... Intentionnellement ?  Oui  Non
- **Combien pesez-vous ?** ..... kg **Combien mesurez-vous ?** ..... cm
- **Quelle est votre tension artérielle ?** ..... / ..... (max/min)

4

- **Consommez-vous des boissons alcoolisées ?**  Oui  Non  
 Vin\* .....  Bière\* .....  Alcool\* .....  Apéritif\* .....
- **Fumez-vous ?**  Oui  Non  
 Cigarettes\* .....  Cigares\* .....  Pipes\* .....

\* Mentionnez la quantité par jour

5

- **Avez-vous été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une maison de santé ou un établissement thermal ?**  Oui  Non  
 Pour quelle affection ? ..... Quand ? ..... Pendant combien de temps ? .....
- Vous a-t-on ordonné une cure de repos, de désintoxication, une cure diététique ou d'un autre genre ?  Oui  Non
- **Devez-vous être hospitalisé prochainement ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Pourquoi ? .....
- **Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Pourquoi ? .....

6

- **Avez-vous été soumis à un examen radiologique au cours des deux dernières années ?**  Oui  Non  
 Pourquoi ? ..... Résultats ? .....
- **Avez-vous été soumis à un autre examen spécialisé au cours des deux dernières années ?**  Oui  Non  
 Pour quelle affection ? ..... Quand ? .....
- Résultats ? .....

7

- **Avez-vous été soumis à un électrocardiogramme ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Résultats ? .....
- **Avez-vous été soumis à un électroencéphalogramme ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Résultats ? .....
- **Avez-vous été soumis à une analyse du sang ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Résultats ? .....
- **Avez-vous été soumis à une analyse des urines ?**  Oui  Non  
 Quand ? ..... Résultats ? .....
- **Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA dont le résultat est positif ?**  Oui  Non  
 Quand ? .....
- **Autres ?** .....  
 Quand ? ..... Résultats ? .....

8

- **Citez tous les médicaments consommés au cours des 3 derniers mois :** .....  
.....  
Quand ? ..... Pourquoi ? .....
- **Avez-vous consommé antérieurement des médicaments pendant plus de 3 semaines ?**  Oui  Non  
Lesquels ? .....  
Depuis quand ? ..... Fréquence ? .....
- **Prenez-vous d'ordinaire des médicaments contre les maux de tête ou les douleurs, des somnifères ou des tranquillisants ?**  Oui  Non
- **Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?**  Oui  Non  
Lesquels ? .....  
Jusqu'à quand ? .....

9

**AVEZ-VOUS SUBI OU SUBISSEZ-VOUS UN TRAITEMENT MÉDICAL RELATIF** (cochez la(les) case(s) adéquate(s) et complétez le cadre 12)

- **Aux voies respiratoires ?**  Oui  Non  
 enrrouement chronique  asthme  bronchite chronique  emphysème  
 toux accompagnée d'expectoration sanguinolente  tuberculose pulmonaire  
 autres : .....
- **À l'appareil circulatoire ?**  Oui  Non  
 palpitations  oppression  syncope  angine de poitrine  
 infarctus  malformation ou souffle cardiaque  tension artérielle trop élevée  
 phlébite  thrombose  autres : .....
- **Au système nerveux ?**  Oui  Non  
 maux de tête  vertiges  évanouissements  épilepsie  
 attaque d'apoplexie  paralysie  névrite  
 autres : .....
- **À l'appareil digestif ?**  Oui  Non  
 troubles de l'estomac ou des intestins  ulcères  vomissements de sang  
 maladies du foie  jaunisse  colique hépatique  fistules anales  
 autres : .....
- **Aux oreilles ?**  Oui  Non  
 écoulement  troubles de l'audition
- **Aux yeux ?**  Oui  Non  
 inflammation  trouble de la vue (nature et degré)  
 autres : .....
- **Aux os ou aux articulations ?**  Oui  Non  
 rhumatisme  arthrite  affection de la colonne vertébrale  
 lumbago  sciatique  autres : .....
- **À la peau ?**  Oui  Non  
 laquelle ? .....

- **Aux ganglions lymphatiques ?**  Oui  Non
  - augmentation  suppuration
- **À l'appareil urinaire ?**  Oui  Non
  - reins  vessie  urètre  prostate
  - sang  albumine  pus ou calculs  présence de sucre dans l'urine
- **À des maladies sexuellement transmissibles (SIDA,...) ?**  Oui  Non
  - laquelle ? .....
- **À des maladies infectieuses ou tropicales ?**  Oui  Non
  - scarlatine  diphtérie  angine récidivante  typhoïde
  - septicémie  hépatite  méningite  paludisme
  - amibes  autres : .....
- **À des troubles psychiques ?**  Oui  Non
  - dépression  névrose  psychose
  - tentative de suicide  autre atteinte psychiatrique
- **À des maladies ou infirmités non citées plus haut ?**  Oui  Non
  - diabète  maladie du sang  anémie  goutte
  - hernie  tumeur  cancer  atrophie musculaire
  - paralysie  difformité ou mutilation d'un membre
  - autres : .....

**10**

- **Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?**  Oui  Non
- **Avez-vous subi une transfusion sanguine ?**  Oui  Non
- **Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection gynécologique ou des seins ?**  Oui  Non
- **Avez-vous suivi un traitement aux substances radioactives, chimiothérapique ?**  Oui  Non
- **Avez-vous été victime d'un accident grave ou d'une intoxication ?**  Oui  Non

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée : .....

.....

**11 IMPORTANT (S'il a été répondu par oui à l'une des questions sous chiffre 9 et 10)**

- **De quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?** .....
- .....
- Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires ?** .....
- .....
- **De quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?** .....
- .....
- Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires ?** .....
- .....
- **De quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?** .....
- .....
- Quand, durée, date de guérison, séquelles, commentaires ?** .....
- .....

**12 IMPORTANT** (S'il a été répondu par oui à l'une des questions sous chiffre 9 et 10)

- **Qui est votre médecin habituel (nom et adresse complète) ?** .....
- **Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ?** .....  
Quand ? ..... Pourquoi ? .....
- **N'avez-vous rien d'autre à déclarer concernant votre santé ?** .....

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale.

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Ethias, de ces missions. Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

Je soussigné(e) : .....

déclare avoir répondu aux questions qui précèdent sans réticence intentionnelle.

Je m'engage à communiquer à l'assureur toutes les informations complémentaires qu'il estimera nécessaires à la réalisation du contrat d'assurance.

Le cas échéant, je me charge d'obtenir ces informations auprès des médecins qui m'ont soigné.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à ..... le .....

Signature du candidat preneur d'assurance ou de son représentant légal,

**CADRE RÉSERVÉ À ETHIAS**



