



Gewaarborgd inkomen

Medische vragenlijst - vertrouwelijk

Kandidaat-verzekerde

Voornaam _____ Naam _____
Geboortedatum _____ Vrouw Man
Rijksregisternummer _____

Niet-medische informatie over de verzekerde

We willen u vragen om alle vragen te beantwoorden met 'ja' of 'nee'. Waar u 'ja' invult, vragen we ook een korte, leesbare toelichting.

1 Informatie over de beroepsactiviteit

Wat is uw beroep? (nauwkeurige beschrijving alstublieft)

Sinds? _____

Oefent u ook een bijberoep uit? (nauwkeurige beschrijving alstublieft)

Sinds? _____

Aard van de werkzaamheden alleen-werkend medewerkend geeft ook leiding

Verdeling van de werkzaamheden _____ % administratief _____ % commercieel _____ % handenarbeid

Verblijft u om professionele of niet- professionele redenen

per jaar meer dan 1 maand in het buitenland? ja nee

Zo ja, waar en voor welke periode? _____

Omvatten uw beroepsactiviteiten:

Lichamelijke of handenarbeid? ja nee

Zo ja, welke? _____

Snoeien en vellen van hoogstammige bomen? ja nee

Werken op daken, ladders of steigers hoger dan 4 meter, bouw- of slopingswerken? ja nee

Werken aan elektrische hoogspanningskabels of -lijnen of aan mechanische machines, houtbewerkingsmachines? ja nee

Afdalen in mijnen, groeven of putten? ja nee

Gebruiken of manipuleren van springstoffen of van giftige/bijtende producten? ja nee

Gebruiken van luchtvaartuigen, behalve als passagier van een vliegtuig of helikopter ingericht om personen te vervoeren? ja nee

Andere gevaarlijke beroepsactiviteiten? ja nee

Zo ja, welke? _____

Vroeger uitgeoefende beroepen:

Opleiding:

Bent u om gezondheidsredenen van beroep of werkring veranderd? ja nee

Zo ja, waarom? _____

Hoeveel dagen hebt u de laatste 12 maanden door ziekte uw beroep niet kunnen uitoefenen? _____ dagen

2 Informatie over hobby's, sport en verblijf

Bestuurt u een motorfiets? ja nee

Moet dit risico verzekerd worden? ja nee

Beoefent u een bepaalde sport? ja nee

Zo ja, welke? _____

Doet u dit als liefhebber/ professioneel
in competitie/ zonder competitie

Hebt u in de nabije toekomst een verblijf in het buitenland gepland? ja nee

Zo ja, hoe lang en naar waar gaat u? _____

Medische informatie over de verzekerde

1 Algemeen

a. Gewicht _____ Lengte _____

Is uw gewicht het laatste jaar gewijzigd? ja nee

Zo ja, hoeveel? _____ kg Is dit een verhoging of verlaging? _____

In geval van een verhoging of een verlaging van meer dan 5% van het lichaamsgewicht, heeft u hiervoor een dieet onder medisch toezicht gevolgd? ja nee

b. Heeft u de laatste 5 jaar meer dan 3 weken na elkaar niet gewerkt wegens arbeidsongeschiktheid (heeft geen betrekking op zwangerschap of moederschaprust)?

Zo ja, waarom? Wat is de huidige toestand? _____

c. Bent u invalide of hebt u een erkend percentage invaliditeit? ja nee

Zo ja, hoeveel? _____

d. Rookt u? ja nee

Zo ja, hoeveel sigaretten/sigaren/e-sigaretten/andere per dag? _____

e. Gebruikt u alcohol? ja nee

Zo ja, welke drank? _____ Ongeveer hoeveel eenheden per dag? _____

f. Gebruikt u verdovende, stimulerende of hallucinogene middelen? ja nee

Zo ja, welke? _____ Hoe vaak? _____

2 Behandelingen en raadplegingen

- a. Wordt u momenteel behandeld? ja nee
Zo ja, waarvoor? _____ Door wie? _____
- b. Wanneer hebt u het laatst een arts (huisarts of specialist) geraadpleegd? _____
Waarom? _____
- c. Bent u in de afgelopen vijf jaar behandeld door: **Zo ja, waarvoor? Wanneer?**
- | | | |
|--|--|-------|
| een oogarts? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| een neus-, keel-, oorarts? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| een chiropractor, osteopaat, homeopaat of acupuncturist? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| een andere specialist (specifieer welke) | | _____ |
- d. Heeft u in de laatste 5 jaar
- | | | |
|---|--|-------|
| langdurig geneesmiddelen gebruikt of gebruikt u nu medicatie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| herhaaldelijk bloedonderzoeken gehad? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| een kuur met inspuitingen gehad? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| een behandeling met ioniserende stralen gehad? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |

3 Onderzoeken

- a. Werden volgende onderzoeken de afgelopen vijf jaar bij u uitgevoerd? **Toelichting**
- | | | |
|--------------------------------|--|-------|
| Radiografie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Echografie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Scanneropnamen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Bloedonderzoek? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Urineonderzoek | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Gastro-coloscopie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Was het resultaat altijd goed? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
- b. Bent u wel eens gekeurd voor:
- | | | |
|---|--|-------|
| een levensverzekering of rente arbeidsongeschiktheid? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| uw beroep of betrekking? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Is de verzekering nadien afgesloten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| Werd u aanvaard met normale premie en zonder uitsluitingen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |

4 Hospitalisatie

Bent u in de afgelopen 10 jaar opgenomen in één van onderstaande? Is een opname gepland in de komende 12 maanden?

- | | | |
|---|--|-------|
| ziekenhuis? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| psychiatrische instelling? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |
| andere inrichting (sanatorium, herstellingsoord, enz.)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | _____ |

5 Ongevallen – operatieve ingrepen

- a. Hebt u in de afgelopen tien jaar een operatie ondergaan? ja nee _____
- b. Heeft u een operatie gepland in de komende 12 maanden? ja nee _____
- c. Heeft u in de afgelopen 5 jaar
- een ongeval, verwonding of radioactieve bestraling gehad? ja nee _____
 - Zo ja, bent u daarvan volledig hersteld? ja nee _____
 - een hersenschudding gehad? ja nee _____
 - iets gebroken? ja nee _____

6 Functies

- Heeft u in de afgelopen 5 jaar klachten gehad over
- slaap? ja nee _____
 - eetlust? ja nee _____
 - ontlasting? ja nee _____
 - urinelozing? ja nee _____
 - langdurige moeheid? ja nee _____

7 Aandoeningen

- a. ogen, neus, oren (strabisme, oogziekten, zicht- en gehoorstoornissen, andere) ja nee _____
- b. psychische aard (angst, neurose, depressie, bipolaire stoornissen, andere) ja nee _____
- c. zenuwstelsel (vallende ziekte, hoofdpijn, duizeligheid, beroerten, zenuwziekten, nervositeit, gelaatpijnen, CVS, andere) ja nee _____
- d. luchtwegen (strottenhoofd, bronchitis, longontsteking, astma, longvliesontsteking, TBC, hooikoorts, andere) ja nee _____
- e. hart- en bloedsomloop (hartkloppingen, moeilijke ademhalingen bij inspanning, oedeem, benauwdheid, angina pectoris, hartgebreken, ader- of slagaderziekten, aderspatten, hypertensie, andere) ja nee _____
- f. ingewanden (maag, slechte spijsvertering, braken, appendicitis, buikvliesontsteking, leverziekten, geelzucht, galkoliek, breuk, aarsfistel, speen, andere) ja nee _____
- g. urinewegstelsel (steentjes, blaasontsteking, pijnlijk, bloederig, moeilijk of dikwijls wateren, nierziekte. Is er accidenteel soms incontinentie, andere?) ja nee _____
- h. seksueel overdraagbare aandoeningen (gonorroe, syfilis, HIV-positieve drager of AIDS, chlamydia, andere) ja nee _____
- i. spier- en beenderstelsel (reuma, artritis, artrose, lumbago, ischias, fractures, luxaties, fibromyalgie, andere) ja nee _____

- j. huid (psoriasis, eczeem, herpes zoster, andere) ja nee _____
- k. infectieuze oorzaak (roodvonk, griep, sepsis, hersenvliesontsteking, hepatitis, andere) ja nee _____
- l. tropische oorsprong (malaria, gele koorts, andere) ja nee _____
- m. genitaliën (baarmoeder, eierstokken, borsten, prostaat, andere) ja nee _____
- n. aandoeningen van de endocriene klieren (diabetes, schildklier-aandoeningen, andere) ja nee _____
- o. bloedziektes (bloedarmoede, andere) ja nee _____
- p. voedings- en stofwisselingsziektes (jicht, hemochromatose, andere) ja nee _____
- q. gezwellen (goedaardig, kwaadaardig) ja nee _____
- r. andere niet-vermelde aandoeningen ja nee _____

8 Medisch onderzoek

Hebt u bezwaar tegen een onderzoek door of op vraag van onze adviserende arts?

ja nee _____

Mag het eindresultaat van de analyses overgemaakt worden aan uw huisarts?

ja nee _____

Huisarts:

Voornaam _____ Naam _____

Straat _____ Nummer _____ Bus _____

Postcode _____ Plaats _____ Land _____

9 Enkel voor dames

Opmerkingen

- a. Bent u ooit zwanger geweest? ja nee _____
- Zijn de vorige zwangerschappen normaal verlopen? ja nee _____
- Zijn de vorige bevallingen normaal verlopen? ja nee _____
- Heeft u in de afgelopen 3 maanden een miskraam gehad? ja nee _____
- Hoeveel? Na hoeveel weken zwangerschapsduur? _____
- b. Bent u op dit moment zwanger? ja nee _____

Mededelingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens.

1. De persoonsgegevens die via het verzekeringsvoorstel verzameld worden, worden verwerkt door Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging, Brouwersvliet 4 bus 4, 2000 Antwerpen, in overeenstemming met de Algemene Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (AVG). De verwerkingsgrond voor de gewone persoonsgegevens is 'noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst'. Voor de verwerking van bijzondere persoonsgegevens zoals gezondheidsgegevens is dit toestemming.
2. Uw persoonsgegevens worden in een bestand opgeslagen en verwerkt met het oog op het beheer van uw verzekeringspolis(sen), het u informeren over de verzekeringsproducten en -diensten die wij aanbieden en voor promotionele doeleinden. U heeft altijd het recht om kosteloos kennis te nemen van deze gegevens en ze te laten verbeteren indien nodig. Wanneer u niet wenst dat wij uw gegevens aanwenden voor promotionele doeleinden, dan kunt u kosteloos uw gegevens voor deze doeleinden laten schrappen of u uitschrijven via de link in de e-mail.
3. In ons privacy statement op www.xerius.be/nl-be/privacy-statement kan u meer lezen over de verwerking van uw persoonsgegevens en uw rechten onder de AVG. Specifieke vragen betreffende privacy en uw rechten kan u richten aan privacy@xerius.be.

Toestemming voor de verwerking van de gezondheidsgegevens van de te verzekeren persoon

1. Ik verklaar dat ik op de hoogte ben gebracht van de privacyverklaring van Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging, zoals terug te vinden op de website van Xerius: www.xerius.be/nl-be/footer/privacy-statement.
2. Ik erken dat mijn gezondheidsgegevens alleen met mijn toestemming mogen verwerkt worden. Als ik echter geen toestemming geef, kan het sluiten en/of behoorlijk uitvoeren van de verzekeringspolis worden verhinderd. Ik erken verder dat ik het recht heb mijn toestemming te allen tijde in te trekken. De intrekking van mijn toestemming geldt echter enkel vanaf het moment van de kennisgeving van intrekking en laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van mijn toestemming voor de intrekking onverlet.
3. Ik geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige of meerderjarige onbekwaam verklaarde van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben), voor de beoordeling van de risico's, het beheer van (pre)contractuele relaties, de uitgifte en uitvoering van verzekeringspolissen, schadebeheer, mogelijke geschillenbeslechting, preventie, opsporing en onderzoek van verzekeringsfraude en kennisgeving van een wijziging van de verzekeringspolis door medewerkers-vertrouwenspersoon van Xerius, voorafgaand aan de tussenkomst van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg

Verklaringen van de te verzekeren persoon

1. Ik verklaar hierbij op eer dat de verstrekte inlichtingen correct en volledig zijn en dat ik niets heb verzwegen dat Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging zou kunnen misleiden bij het nemen van de beslissing over de voorgestelde verzekering gewaarborgd inkomen. Ik weet dat als dit toch het geval zou zijn, de aangegane verzekering nietig is.
2. Ik ontsla mijn behandelende arts van het medisch beroepsgeheim tegenover de medische controledienst en de adviserende arts van Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging in het geval precontractueel bijkomende informatie vereist is om de gegevens verstrekt in de medische vragenlijst na te gaan en het risico in te schatten.
3. Ik verbind me ertoe elke verandering aan mijn gezondheidstoestand die optreedt voor de uitgifte van de bijzondere voorwaarden schriftelijk aan Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging te melden.

4. Ik bevestig een eensluidend verklaard afschrift van de medische vragenlijst te hebben ontvangen, evenals kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden en het informatiedocument over het verzekeringsproduct; zoals terug te vinden op de website van Xerius: www.xerius.be/gewaarborgd-inkomen.

5. Ik bevestig dat ik kennis heb van het feit dat Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging op basis van het ingevulde verzekeringsvoorstel de verzekeringsdekking desgevallend kan beperken door middel van het invoeren van specifieke clausules bij de bijzondere voorwaarden en/of bijpremies kan toepassen.

6. Ik verklaar te weten dat de ondertekening van dit verzekeringsvoorstel niet de aanvang van de polis inhoudt. Op basis van dit verzekeringsvoorstel zal Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging een verzekeringspolis opmaken en dit binnen de 30 dagen na ontvangst van het correct ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel. De verzekeringspolis neemt pas een aanvang na ontvangst van een ondertekend exemplaar van de verzekeringspolis door Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging en na ontvangst van de eerste premie.

Akkoord met de mededelingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de verklaringen van de te verzekeren persoon.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening te verzekeren persoon

Akkoord met toestemming voor de verwerking van de gezondheidsgegevens van de te verzekeren persoon.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening te verzekeren persoon

Terugzenden naar Xerius Onderlinge Verzekeringsvereniging Brouwersvliet 4 bus 4, 2000 Antwerpen

Hebt u vragen over deze medische vragenlijst? Contacteer ons via 03 221 09 91 of e-mail naar medical@xerius.be