

GEZONDHEIDSVERKLARING

Polisnummer

Naam verzekerde

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundige adviseur aan de verzekeraar of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees voor het invullen de toelichting op de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijgevoegde bijlage.

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat de verzekeraar een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen dit formulier, maar voordat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan de verzekeraar doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van de verzekeraar of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

1. Algemene gegevens

Wie wordt de verzekerde?

Naam: .. Man Vrouw

Voornamen:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum:

Beroep:

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden:

Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week?..... uur

De werkzaamheden *Handenarbeid*:..... uur *Administratie*:..... uurbestaan uit: *Leiding geven/toezicht houden*:..... uur *Reizen*:..... uur

Sinds wanneer?

Wie is uw huisarts?:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Schrijf alleen de eerste
voornaam voluit

2. Persoonlijke gezondheidsgegevens

Wat is uw lengte?cm

Wat is uw gewicht?kg

Rookt u of heeft u gerookt? Nee Ja Vanaf welke leeftijd?.....
Tot

wanneer?.....

Wat rookt(e)

u?.....

Drinkt u alcoholische dranken? Nee

Hoeveel rookt(e) u per dag?.....

 Ja Hoeveel glazen drinkt

u gemiddeld per dag?.....

Welke drank(en)?.....

Gebruikt u drugs of heeft u

 Nee Ja Vanaf welke leeftijd?.....

drugs gebruikt?

Tot wanneer?.....

Welke drugs?.....

hoe vaak gebruikt(e) gemiddeld per week?

.....

3. Uw gezondheidstoestand

Heeft u hiernaast een of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid

Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

Let op!

U moet ook een rubriek aankruisen als u:

- huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd;

- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische

inrichting of andere verpleeginrichting;

- geopereerd bent;

- nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;

slokdarm, maag, darmen,

- nog onder controle staat;

nieren, blaas, urinewegen

 A Ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid? B Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals, depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout? C Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van het een hart of bloedvaten D verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen? E Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? F Aandoeningen van

lever, galblaas, alvleesklier?

 G Aandoeningen van

geslachtsorganen?

GEZONDHEIDSVERKLARING

Naam verzekerde:

knie,nek,schouders)

- H Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede
- I Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder
 bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI?
- J Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie?
- K Neusaandoeningen, bijholteontsteking, keel-aandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen?
- L Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?

Heeft u hierboven een of meer categorieën aangekruist?

- Nee
- Ja Vul de bijlage bij vraag 3 in

4. Werkzaamheden

Heeft u de laatste 5 jaar twee weken of langer achtereen geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken

- Nee
- Ja Hoe lang heeft u niet gewerkt?.....
 Waarom heeft u niet gewerkt

.....

Wanneer was dit?.....
 Is dit nog het geval?.....

Werkt u thans volledig>
 Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 ingevulde aandoeningen, ziekte of gebrek niet kunt of kon uitvoeren (hier vallen ook klachten onder)?

- Ja Nee
- Ja Welke taken kunt u niet uitvoeren

 Sinds wanneer?.....
 Is dit nu nog het geval? Nee Ja

Bent u door een bij vraag 3 ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)?

- Nee Ja Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt?.....

Voor welke percentage bent u arbeidsongeschikt?.....
 Hoe lang?.....

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd?

- Nee Ja Wanneer bent u afgekeurd?

.....

Om welk reden?

 Door welke instantie?

5. Bloedonderzoek

Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?

- Nee
- Ja Waarom werd uw bloed onderzocht?

 Waarop werd uw bloed onderzocht?

 Wanneer vond dit onderzoek plaats?

 Wat was het resultaat?

6. Aids en HIV

Heeft u aids?

- Nee Ja

Als u een van deze vragen met 'ja' beantwoordt, kan een HIV-test deel uitmaken van de aanvullend medische keuring. U kunt in de toelichting lezen onder welke voorwaarden dit het geval is.

Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?

- Nee Ja

Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?

- Nee Ja wanneer?.....
 in welk land?.....

Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs?

- Nee Ja Heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt? Ja Nee

GEZONDHEIDSVERKLARING

Naam verzekerde:

Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?

Nee
 Ja Welke aandoening?

7. Gehoor en gezichtsvermogen

Heeft u een gehoorstoornis?

 oorzaak?.....

Nee
 Ja Links Rechts Beide oren
 wat is de

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen?

 oorzaak?.....

Nee
 Ja Links Rechts Beide ogen
 wat is de

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

Nee
 Ja Sterkte links..... sterkte rechts.....

8. Vragen over uw familieleden

Lees de toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek

Heeft uw vader, moeder en/of broers of zusters geleden (of lijdt nog) aan hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoening van psychische aard?

Nee Ja vul dan onderstaande vragen in

	Hart- en vaatziekten	suikerziekte	Hoge bloeddruk	Aandoening van psychische aard
Vader				
Welke aandoening?
Vanaf welke leeftijd?
Indien overleden aan aandoening: op welke leeftijd?
Moeder				
Welke aandoening?
Vanaf welke leeftijd?
Indien overleden aan aandoening: op welke leeftijd?
Broer/Zus				
Welke aandoening?
Vanaf welke leeftijd?
Indien overleden aan aandoening: op welke leeftijd?
Broer/Zus				
Welke aandoening?
Vanaf welke leeftijd?
Indien overleden aan aandoening: op welke leeftijd?

9. Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid

of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de tatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekeringen.

Plaats:

Datum:.....

Handtekening verzekerde:.....

Aantal bijlagen:.....

(bij minderjarigheid: ouder/voogd)

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.

Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur

.....
 .

BIJLAGE Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daar- onder begrepen u lijdt of heeft geleden.	Bijlage bij vraag 3 van de gezondheids verklaring Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan. letter van de rubriek vraag 3:..... Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden? In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen? t/m.....	Naam verzekerde Geboortedatum	
Huisarts			
Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Wanneer bezocht u uw huisarts?..... Staat u nog onder controle? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja			
Arts of hulpverlener			
Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Welke arts of hulpverlener heeft u bezocht (naam en specialisme)? Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener? Staat u nog onder controle? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Heeft u nog klachten? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja			
Medicijnen			
Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja O Ja Welke medicijnen zijn voorgeschreven? Gebruikt u deze nog? <input type="radio"/> Ja in welke dossering? <input type="radio"/> Nee sinds wanneer gestopt?			
Ziekenhuisopname			
Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Wanneer bent u opgenomen?..... In welk ziekenhuis?..... Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme) Bent u geopereerd? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Wanneer bent u geopereerd?..... In welk ziekenhuis?..... Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)			
Blijvende gevolgen na een ongeval			
Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht, het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychiatrische gevolgen heeft overgehouden? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja Wanneer gebeurde dit ongeval?..... Wat zijn de medische gevolgen ervan?			