

Gezondheidsverklaring verzekerde

Lees voor het invullen de Toelichting bij 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 III 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 van dit formulier, maar vóórdat de verzekering tot stand komt, 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 bij de gezondheidsverklaring onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

I. Algemene gegevens

Naam en voorletters
Eerste voornaam voluit
Geboortedatum / / Man Vrouw
Straatnaam Nr.
Woonplaats Postcode
Telefoonnummer
Nationaliteit Nederlandse
 Andere, nl

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden?

Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? uur

De werkzaamheden bestaan uit:

Handenarbeid uur

Administratie uur

Leiding geven/toezicht houden uur

Reizen uur

Sinds wanneer? / /

Wie is uw huisarts?

Naam

Straatnaam Nr.

Woonplaats Postcode

II. Persoonlijke gezondheidsgegevens

Lengte en gewicht

Wat is uw lengte? cm

Wat is uw gewicht? kg

Rookt u of heeft u gerookt? Nee Ja

Indien ja, vanaf welke leeftijd? jaar

Tot wanneer? / /

Wat rookt(e) u?

Hoeveel per dag?

Drinkt u alcoholische dranken? Nee Ja

Indien ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag? glazen

Welke drank(en)?

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Nee Ja

Indien ja, vanaf welke leeftijd? jaar

Tot wanneer? / /

Welke drugs?

Hoe vaak gebruik(te) u gemiddeld per week? keer

III. Uw gezondheidstoestand

Heeft u hieronder een of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag III 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:

- een 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;
- nog onder controle staat.

- a. Ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid? Nee Ja
- b. Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout? Nee Ja
- c. Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten? Nee Ja
- d. Verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklier-afwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen? Nee Ja

- e. Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? Nee Ja
- f. Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? Nee Ja
- g. Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? Nee Ja
- h. Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede? Nee Ja
- i. Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, RSI, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias? Nee Ja
- j. Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie? Nee Ja
- k. Neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen? Nee Ja
- l. Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst? Nee Ja

Heeft u hierboven een of meer categorieën aangekruist? Nee Ja
 Indien Ja, vul de bijlage bij vraag III in.

IV. Werkzaamheden (alleen invullen indien premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid wordt meeverzekerd)

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

Indien Ja, hoe lang niet?
 Waarom niet?
 Wanneer was dit? / /
 Is dit nu nog het geval? Nee Ja
 Werkt u thans volledig? Nee Ja

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag III ingevulde aandoening, ziekte of gebrek niet kunt of kon uitvoeren (hier vallen ook klachten onder)? Nee Ja

Indien Ja, welke taken kunt u niet uitvoeren?

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

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

Indien Ja, sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? / /
 Voor welk percentage? %
 Hoe lang?

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

Indien Ja, wanneer bent u afgekeurd? / /
 Om welke reden?

 Door welke instantie?

V. Bloedonderzoek

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

Indien Ja, waarom?

 Waarop onderzocht?
 Wanneer? / /
 Resultaat?

VI. Aids en HIV

Heeft u aids? Nee Ja

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

Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Nee Ja

Indien Ja, wanneer? / /
 In welk land?

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

Indien Ja, heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt? Nee Ja

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

Indien Ja, welke aandoening?

* Als u deze vraag met 'Ja' beantwoordt, kan een HIV-test deel uitmaken van de aanvullende medische keuring. U kunt in de Toelichting lezen onder welke voorwaarden dit het geval is.

VII. Gehoor- en gezichtsvermogen

Heeft u een gehoorstoornis? Nee Ja

Indien Ja, Links Rechts Beide oren
 Wat is de oorzaak?

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen? Nee Ja

Indien Ja, Links Rechts Beide ogen
 Wat is de oorzaak?

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8? Nee Ja

Indien Ja, Sterkte links
 Sterkte rechts

VIII. 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 aandoeningen van psychische aard?

Nee Ja

Indien Ja, vul dan onderstaande vragen in

	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Aandoeningen van psychische aard
Vader				
Welke aandoening?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vanaf welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Moeder				
Welke aandoening?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vanaf welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broer/zus				
Welke aandoening?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vanaf welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broer/zus				
Welke aandoening?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vanaf welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. Ondertekening

Ondertekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij 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 acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

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

Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur

Datum / /

Plaats

Handtekening verzekerde (bij minderjarigheid: ouder/voogd)

Bijlage bij vraag III van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum / /

Vul voor elke aandoening die u bij vraag III heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan.

Letter van de rubriek vraag III.

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

/ /

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Nee Ja

Indien Ja, wanneer bezocht u uw huisarts?

/ /

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Arts of hulpverlener

Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureamedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

Nee Ja

Zo ja, welke arts of hulpverlener heeft u bezocht (naam en specialisme)?

Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener?

/ /

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Heeft u nog klachten?

Nee Ja

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Nee Ja

Indien ja, welke medicijnen zijn voorgeschreven?

Gebruikt u deze nog?

Nee Ja

Indien Ja, in welke dosering?

Indien Nee, sinds wanneer

gestopt?

/ /

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Wanneer bent u opgenomen?

/ /

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Bent u geopereerd?

Nee Ja

Indien 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 psychische gevolgen heeft overgehouden?

Nee Ja

Indien ja, wanneer gebeurde dit ongeval?

/ /

Wat zijn de medische gevolgen ervan?