

Gezondheidsverklaring

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 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'.

I. Algemene gegevens

Naam en voorletters P. S. LUISSE C.B.
Eerste voornaam voluit Cornelis
Geboortedatum 29/4/1952 ☒ man ☐ vrouw
Straatnaam Lisgus Nr. 13
Woonplaats Mijnsterenland Postcode 3221 BA
Telefoonnummer 0106 - 605035
Nationaliteit ☒ Nederlandse ☐ Andere, nl. _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden?

Sales rep
Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? 40 uur
De werkzaamheden bestaan uit:
Handenarbeid _____ uur
Administratie 40 uur
Leiding geven/toezicht houden _____ uur
Reizen _____ uur
Sinds wanneer? 1/12/2008

Wie is uw huisarts?

Naam A. H. B. B. B.
Straatnaam Babinkplein Nr. 11
Woonplaats Mijnsterenland Postcode 3221 BA

II. Persoonlijke gezondheidsgegevens

Lengte en gewicht

a. Wat is uw lengte? 180 cm
b. Wat is uw gewicht? 85 kg

Rookt u of heeft u gerookt?

☒ Nee ☐ Ja, vanaf welke leeftijd? _____ jaar
Tot wanneer? _____ / _____ / _____
Wat rookt(e) u? _____
Hoeveel rookt(e) u per dag? _____

Drinkt u alcoholische dranken?

☒ Nee ☐ Ja
Hoeveel glazen gemiddeld per dag? _____ glazen
Welke drank(en)? _____

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?

☒ Nee ☐ 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?
- ☐ 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 hart of bloedvaten?
- ☐ D verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklier-afwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen?
- ☐ E aandoeningen, van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?
- ☐ F aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier?

- ☐ G aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?
- ☐ H goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede?
- ☐ I aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), 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, keelaandoening, 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 III in.

IV. 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 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 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 Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? / /
 Voor welk 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 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 Waarom werd uw bloed onderzocht?

 Waarop werd uw bloed onderzocht?
 Wanneer vond dit onderzoek plaats? / /
 Wat was het 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 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? ☐ Nee ☐ Ja

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

☒ Nee

☐ 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, ☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide oren
 Wat is de oorzaak?

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen?

☒ Nee ☐ Ja ☐ Links ☐ Rechts ☐ Beide ogen
 Wat is de oorzaak?

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

☒ Nee

☐ 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, vul dan onderstaande vragen in

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

IX. 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 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

23 / 3 / 2009

Plaats

Nieuwstevenland

Handtekening verzekerde

(bij minderjarigheid: ouder/voogd)

