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 geneeskundig adviseur aan de verzekeraar of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd.
Lees vóór 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 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 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'.

1 Algemene gegevens

Wie wordt de verzekerde?

Naam ○ Man ○ Vrouw

Schrijf alleen de eerste voornaam voluit.

← Voornamen

Adres

Postcode Woonplaats

Geboortedatum

Beroep

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?

Adres

Postcode Woonplaats

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?

Hoeveel rookt(e) u per dag?

Drinkt u alcoholische dranken? ○ Nee ○ Ja → *Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag?*

Welke drank(en)?

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? ○ Nee ○ Ja → *Vanaf welke leeftijd?*

Tot wanneer?

Welke drugs?

Hoe vaak gebruikt(e) u gemiddeld per week?

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004

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:
- *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, schildklierafwijkingen, 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 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? ○ Ja ○ Nee

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 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 3 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?

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004

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

Als u een van deze vragen 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.

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?* ○ *Ja* ○ Nee

← 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? ○ 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*

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004

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 daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

← **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

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

○ Nee

○ 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, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?*

○ Nee

○ 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 → *Welke medicijnen zijn voorgeschreven?*

Gebruikt u deze nog? ○ Ja → *In welke dosering?*

○ 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 → *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 → *Wanneer gebeurde dit ongeval?*

Wat zijn de medische gevolgen ervan?

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004

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 daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

← **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

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

○ Nee

○ 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, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?*

○ Nee

○ 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 → *Welke medicijnen zijn voorgeschreven?*

Gebruikt u deze nog? ○ Ja → *In welke dosering?*

○ 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 → *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 → *Wanneer gebeurde dit ongeval?*

Wat zijn de medische gevolgen ervan?

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004

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 aandoeningen 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 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?				

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 en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) 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 acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats

Datum

Handtekening verzekerde (bij minderjarigheid: ouder/voogd)

Aantal bijlagen

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

© Verbond van Verzekeraars, maart 2004