

Polisnummer:

BELANGRIJK: Toelichting op de gezondheidsverklaring

Bij deze gezondheidsverklaring is als aparte bijlage een toelichting toegevoegd. Het is belangrijk deze toelichting goed te lezen alvorens tot beantwoording van de vragen over te gaan. Beantwoord de vragen duidelijk en volledig, ook als u deze al eerder heeft beantwoord.

Naam verzekeraar : _____

Aanvrager verzekering : _____

Verklaring afgelegd door
(kandidaat-verzekerde) : _____ man vrouw

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode/Woonplaats : _____

Beroep : _____

Aard van de werkzaamheden : _____

Wie is uw huisarts? : _____

Woonplaats huisarts : _____

GEZONDHEIDSTOESTAND

1 a. Wat is uw lengte en gewicht? _____ cm _____ kg

	Nee	Ja	Toelichting
b. Rookt u of heeft u gerookt? Zo ja, wat, hoeveel, vanaf welke leeftijd en tot wanneer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Drinkt u alcoholische dranken? Zo ja, welke en welke hoeveelheid per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welk soort, wanneer, hoe lang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nee	Ja	Toelichting
2 a. Heeft u met betrekking tot uw gezondheid klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? Zo ja, welke, sinds wanneer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Heeft u de laatste vijf jaar uw werk ten gevolge van ziekte of ongeval twee weken of langer geheel/gedeeltelijk onderbroken? Zo ja, hoe lang en waarom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Bent u thans ziek of geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Bent u ooit op medische gronden afgekeurd? Welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. Heeft u ooit een ongeval gehad met blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nee	Ja	Toelichting
3 a. Heeft u uw huisarts de laatste 3 jaar geraadpleegd? Zo ja, om welke reden, wanneer en hoelang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Staat u thans nog onder controle van uw huisarts? Zo ja, om welke reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginrichting? Zo ja, om welke reden, wanneer en hoelang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- | | | Nee | Ja | Waarvoor, wanneer, wie? |
|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 4 | a. Heeft u wel eens een specialist bezocht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | b. Heeft u wel eens een fysiotherapeut, manuele therapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie, acupunctuur) bezocht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | c. Staat u nog onder controle van een specialist of van een of meerdere van bovengenoemde beroepsbeoefenaren/bureaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | d. Heeft u nog klachten op een van bovengenoemde terreinen?
Welke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

- | | | Nee | Ja | Toelichting |
|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 5 | a. Bent u ooit geopereerd?
Waarvoor, wanneer, door wie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | b. Heeft u de laatste 5 jaar medicijnen voorgeschreven gekregen?
Waarvoor, wanneer, hoeveel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | c. Gebruikt u deze medicijnen nog steeds?
Zo nee: sinds wanneer geheel gestopt?
Zo ja, welke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

- | | | Nee | Ja | Waarvan, wanneer, hoe lang, geopereerd, hoe lang werkverzuim, nog klachten? |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 6 | Lijdt u of heeft u geleden aan: | | | |
| | a. ziekten of aandoeningen van hersenen of zenuwen, toevallen, duizelingen, hoofdpijnen, overwerktheid, overspannenheid, zenuwziekte, depressie, hyperventilatie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | b. verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | c. verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | d. aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | e. aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

	Nee	Ja	Waaraan, wanneer, hoe lang, geopereerd, hoe lang werkverzuim, nog klachten?
f. aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i. huidaandoeningen, spataderen, open been?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j. enige andere ziekte, kwaal of gebrek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nee	Ja			
7 a. Is het gehoor aan één of beide zijden gestoord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beide
b. Is het gezichtsvermogen van één of beide ogen gestoord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beide
c. Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sterkte links: _____	sterkte rechts: _____	

	Nee	Ja	Toelichting
8 Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? Zo ja, waarom, wanneer, waarop, welk resultaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nee	Ja	Toelichting
9 a. Heeft u aids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, wanneer en in welk land?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs? Zo ja, heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nee Ja Zo ja, wanneer, waarvoor, welke verzekeraar?

10a Heeft een verzekeraar u ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering opgezegd, vernietigd of geweigerd?

10b Heeft een verzekeraar u ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering tegen een hogere premie of onder uitsluiting van bepaalde risico's aangeboden?

11 Vragen over de familie

in leven			overleden	
	leeftijd	gezondheidstoestand	op leeftijd	oorzaak
Vader				
Moeder				
Broers				
Zusters				
Kinderen				

Hierboven met name gevallen van suikerziekte, epilepsie, kanker, kwaadaardige gezwellen, nierziekten, hart- en vaatziekten, beroerte, verhoogde bloeddruk; ziekten van hersenen, ruggenmerg, zenuwen, spieren; en geestelijke aandoeningen vermelden. Zie ook de Toelichting op de gezondheidsverklaring onder erfelijkheidsonderzoek en vragen over de familie.

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 verzekeringsovereenkomst 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).

De verzekerde (bij minderjarigheid: ouder/voogd) is verplicht om wijzigingen in zijn/haar gezondheidstoestand, opgetreden na ondertekening van dit formulier, maar vóór afgifte van de polis, direct en schriftelijk aan de verzekeraar te melden.

te _____

Datum: _____ 20 _____

Handtekening verzekerde (bij minderjarigheid: ouder/voogd)

Rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur is mogelijk.

Ruimte bestemd voor advies geneeskundig adviseur.