



Medische vragenlijst

Wit : exemplaar maatschappij
Blauw : kopie verzekerde

- Levensverzekering Verzekering gewaarborgd inkomen Hospitalisatieverzekering

Naam : _____

Voornaam : _____

Contract/voorstel nr : _____

Belangrijke opmerking : Wij vestigen de aandacht van de te verzekeren persoon op het belang van onderhavige verklaringen die dienen als grondslag voor het contract. Wij verzoeken u leesbaar te schrijven en een volledig antwoord te verstrekken op elke vraag. Strepen, doorhalingen of andere tekens zijn ongeldig.

Gewicht : _____ kg
Grootte : _____ cm

Kent u uw bloeddruk ? ja neen
Zo ja, hoeveel bedraagt deze : _____

Werd een levensverzekering, een ziekteverzekering of een verzekering gewaarborgd inkomen ooit geweigerd, uitgesteld of aanvaard tegen speciale voorwaarden ? ja neen
Zo ja, bij welke maatschappij ? _____
om welke reden ? _____

Naam en adres van uw huisarts : _____

Algemene inlichtingen :

1. Wat is uw dagelijks verbruik van (*aantal glazen*) : Bier : _____ Wijn : _____ Alcohol : _____
Ja Neen
2. Is uw gewicht de laatste 5 jaren gewijzigd ? ja neen Zo ja, + _____ kg - _____ kg
Reden : _____
3. Rookt u ? ja neen Dagelijks verbruik : _____
4. Bent u gestopt met roken ? ja neen Hoelang al : _____
5. Gebruikt u, of hebt u drugs of verdovende middelen gebruikt, ook sporadisch ? ja neen Welke ? _____
Wanneer gestopt : _____
6. *Voor personen van het vrouwelijke geslacht :*
Bent u zwanger ? ja neen Hoeveel maanden : _____
Verloopt de zwangerschap normaal ? ja neen Zo neen, reden : _____
7. *Voor personen van het mannelijke geslacht :*
Bent u ongeschikt verklaard voor legerdienst ? ja neen Waarom : _____

Medische gegevens :

8. Lijdt of leed u aan één of meer van de volgende aandoeningen : *Welke, wanneer, behandeling, huidige toestand, gevolgen, ... ?*
- a. ziekten van het zenuwstelsel, in het bijzonder stuiprekkings, verlamming, flauwvallen, gezichtsstoornissen, gevoelsstoornissen, andere ... ja neen
- b. ziekten van het ademhalingsstelsel, in het bijzonder tuberculose, pleuritis, bronchitis, astma, ... ja neen
- c. ziekten van het spijsverteringsstelsel, in het bijzonder : maag-, darm- of slokdarmzweer, maag- of darmbloeding, diarree, constipatie, aandoening van lever of galblaas (stenen), geelzucht (hepatitis), ... ja neen
- d. ziekten van de bloedsomloop, in het bijzonder : hart-ziekten, pijn in de borst, infarct, bloeddrukstoornissen, arteriosclerose, aderontsteking, oedeem, spataders, ... ja neen
- e. ziekten van de urinewegen en de geslachtsorganen, in het bijzonder moeilijk of pijnlijk plassen, prostaatontsteking, bloed in de urine, nierstenen, ... ja neen
- f. ziekten van de ogen, oren, neus, strottenhoofd, mond, ... ja neen
- g. huidziekten, in het bijzonder eczeem, allergie, herpes, psoriasis, ... ja neen
- h. stofwisselingsziekten, in het bijzonder jicht, diabetes, vetzucht, aandoeningen van de schildklier (rapport geneesheer bijvoegen), ... ja neen
- i. aandoeningen van de lymfeklieren, de milt, ... In het bijzonder : ziekte van Hodgkin, splenectomie, ... ja neen

Medische gegevens :	Ja	Neen	
j. bloedziekten, met name anemie, leukemie, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k. beender- of gewrichtsziekten, in het bijzonder reuma, infecties, pijnlijke of gezwollen gewrichten, discushernia, rugklachten, ischias, artrose, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
l. gynaecologische aandoeningen of aandoeningen van de borsten, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m. psychiatrische aandoeningen of psychische problemen, zoals depressie, stress, angst, zelfmoordpoging, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Lijdt of leed u aan andere aandoeningen, kwalen of invaliditeiten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Bent u invalide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reden, graad, sinds wanneer ? _____ _____
Behandelingen :			<i>Waarom, wanneer ?</i>
11. Gebruikt u geneesmiddelen ? <input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> op medisch voorschrift Welke : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Hebt u de laatste 5 jaren geneesmiddelen gebruikt ? Welke : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Raadpleegde u de laatste 5 jaren een huisarts of specialist ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Onderging u reeds een radio- of chemotherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Kreeg u in de laatste 5 jaren een bloedtransfusie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Was u het slachtoffer van een ongeval ? (nauwkeurige omschrijving)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Bent u in ziekenhuis opgenomen geweest of moet u binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden, een heelkundige ingreep ondergaan of een behandeling volgen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Onderging u tijdens de laatste 5 jaren :			<i>Waarom, wanneer, resultaat, gevolgen ... ?</i>
a. een electrocardiogram ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. een radiografie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. een bloedonderzoek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. een urineonderzoek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. een PSA-test (prostaat specifiek antige) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. andere onderzoeken (electro-encefalogram, scanner, scintigrafie, arteriografie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. een AIDS-test ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wanneer, resultaat ?</i>
h. een test ter opsporing van de hepatitis virussen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Werkonbekwaamheid :			
19. Bent u momenteel werkonbekwaam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totaal <input type="checkbox"/> gedeeltelijk : _____ % sinds : _____ reden : _____
20. Bent u in de loop van de laatste 5 jaren gedurende meer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk werkonbekwaam geweest ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wanneer, oorzaak, gevolgen ?</i> _____ _____
21. Bent u om gezondheidsredenen van beroep moeten veranderen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Hebt u nog iets mede te delen wat uw gezondheidstoestand betreft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Verklaring

Ik verklaar kennis te hebben genomen van de teksten gedrukt op de keerzijde en dat alle gegevens, zelfs indien ik die niet eigenhandig heb geschreven, volledig met de waarheid overeenstemmen.
Deze vragenlijst samen met het voorstel zijn dienstige basisinformatie in het tot stand komen van een verzekeringscontract, maar verbindt de partijen niet tot het sluiten van het contract. Indien echter binnen de 30 dagen na de ontvangst van het voorstel de maatschappij aan de verzekeringnemer haar weigering tot verzekering niet meegedeeld heeft of de verzekering niet afhankelijk gemaakt heeft van een onderzoek of expertise, verbindt zij zich ertoe het contract te sluiten. De ondertekening van dit voorstel brengt geen dekking mee.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening van de te verzekerden persoon :

Handtekening van de wettige vertegenwoordiger van de minderjarige kinderen :

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan de vennootschappen van AGF Belgium Holding (Allianz Group) worden medegedeeld, dienen uitsluitend voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, beheer en uitvoering van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen.

De betrokkene kan aanvullende inlichtingen krijgen bij het Openbaar Register dat bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt bijgehouden (registratienummer : 00289119).

Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen.

Om dat recht uit te oefenen dient de belanghebbende een gedagtekend en ondertekend verzoek in bij de dienst:

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, AGF Belgium Holding N.V., Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.

Een bedrag van 3 EUR moet worden gestort op de rekening 961-1864847-17 (met als mededeling "Persoonlijke levenssfeer" + de naam en voornamen van de betrokken persoon).

Deze persoon is verder gerechtigd alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.

Met het oog op een vlot beheer van het contract en van elk schadedossier en enkel daartoe, geeft de verzekerde zijn bijzondere toestemming voor het verwerken van de medische persoonsgegevens.

De verzekerde aanvaardt uitdrukkelijk dat de tussenpersoon-beheerder en de verzekeringnemer kennis krijgen van de inhoud van het contract en van zijn uitsluitingsclausules.

Controle der verzekeringen

Het Belgisch recht is op de verzekeringsovereenkomst van toepassing. Elke klacht over de overeenkomst kan worden gericht aan de Controledienst voor de Verzekeringen, Kortenberglaan 61, 1040 Brussel, onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

Waarschuwing

Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband DATASSUR, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

AGF Belgium Insurance n.v.

Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0097
(K.B. van 4 juli 1979, B.S. van 14 juli 1979 - K.B. van 19 mei 1995, B.S. van 16 juni 1995)
H.R. Brussel 574

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Lakensestraat 35 - 1000 Brussel - België

BEDRIJFSZETELS
Borzestraat 10 - 2000 Antwerpen - België - Tel. 03/222.55.11 - Fax 03/225.31.40
Lakensestraat 35 - 1000 Brussel - België - Tel. 02/214.61.11 - Fax 02/214.62.74

V 718 NL - 12/2002