

voor levensverzekering voor groepsverzekering voor invaliditeitsverzekering voor hospitalisatieverzekering

Contractnummer

Producent

Naam werkgever
(enkel voor groepsverzekering)

I. Verklaringen van de te verzekeren persoon

Het is noodzakelijk een nauwkeurig en volledig antwoord te geven op alle vragen.

Naam en voornaam

Straat Nummer Bus

Postcode Woonplaats

Telefoon Geboortedatum Geboorteplaats

Beroep Vroegere beroepen

Veranderd om gezondheidsredenen? Ja Neen
Zo ja, sinds wanneer en waarom?

1. Bent u momenteel goed gezond en arbeidsgeschikt? Ja Neen
Zo neen, waaraan lijdt u en sinds wanneer?

2. Bent u goed bestand tegen lichamelijke inspanning? Ja Neen
Zo neen, waarom?

3. Onderging uw gewicht de laatste 3 jaar wijzigingen? Ja Neen
Verhoging: kg Vermindering: kg
Oorzaak:

4. Gebruikt(e) u regelmatig geneesmiddelen of inspuitingen? Ja Neen
Welke?
Waarom?

5. Hebt u een invaliditeit? Ja Neen
Zo ja, omschrijf
Graad: Sinds

6. Hoeveel rookt u per dag? sigaretten; sigaren; cigarillo's; pijpen

7. Welk is uw dagelijks verbruik van acoholische dranken?

8. Hebt u uw militaire dienst gedaan? Ja Neen
Zo neen, reden

9. Beoefent u regelmatig sport? Ja Neen
Zo ja, welke?

10. Werd u al eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische of andere verpleeginrichting? Ja Neen
Wanneer, waarom, huidige toestand?

11. Werd u al eens geopereerd of is een zekere ingreep te overwegen? Ja Neen
Wanneer, waarom, huidige toestand?

12. Werd u al eens een kuur voorgeschreven (dieet, rust)? Ja Neen
Wanneer, waarom, huidige toestand?

13. Hebt u al eens een specialist geraadpleegd? Ja Neen
Wanneer, waarom, huidige toestand?

Staat u nog onder controle? Ja Neen

14. Wanneer en waarom hebt u voor het laatst uw huisarts geraadpleegd?

15. Werd u ooit verwond of hebt u ooit een vergiftiging gehad? Ja Neen
Wanneer, oorzaak, huidige toestand?

16. Hebt u de laatste 5 jaar uw werk om gezondheidsredenen langer dan 2 opeenvolgende weken (gedeeltelijk) onderbroken? Ja Neen
Wanneer, oorzaak, huidige toestand?

17. Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levens-, ziekte- of invaliditeitsverzekering opgezegd, geweigerd of alleen tegen hogere premie of andere beperking willen aanvaarden? Ja Neen
Zo ja, welke maatschappij, wanneer, reden?

18. Werd u reeds gekeurd voor uw beroep? Ja Neen
Zo ja, resultaat

Indien bevestigend werd geantwoord op één van de hierna volgende vragen, gelieve te verduidelijken over welke aandoening of operatie het gaat (wanneer, duur, gevolgen, behandelende geneesheer)

19. Lijdt u of hebt u geleden aan een aandoening van:

a) longen, luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pleuritis, sinusitis, langdurig hoesten)? Ja Neen

b) hart of bloedvaten (hartinfarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, angina pectoris, benauwdheden, krampen in de benen, opzwellen der voeten, aderspatten, speen)? Ja Neen

c) zenuwstelsel (hersenschudding, duizeligheid, beroerte, geheugenverlies, evenwichtsstoornissen, verlammingen, overspanning, depressie, neurose, psychose, concentratiestoornissen)? Ja Neen

d) maag of darmen (maagzuur, maagzweer, bloedbraken, langdurige diarree, ziekte van Crohn, liesbreuk)? Ja Neen

e) spieren, wervelkolom of gewrichten (breuken, discus-hernia, ischias, lumbago, acuut gewrichtsreuma, chronische polyartritis, jicht)? Ja Neen

f) huid (eczeem, klierontsteking, zweren)? Ja Neen

g) lever of galblaas (geelzucht, galstenen)? Ja Neen

h) inwendige klieren of bloedziekten (kropgezwel, suikerziekte)? Ja Neen

i) nieren of urinewegen? Ja Neen

j) genitaliën? Ja Neen

k) besmettelijke of tropische ziekten (roodvonk, difterie, tyfus, paratyfus, malaria, aids)? Ja Neen

20. Lijdt u aan enige andere ziekte, kwaal of gebrek? Ja Neen

21. Is het gehoor aan één of beide oren gestoord? Links Rechts Beide
Is het gezichtsvermogen van één of beide ogen gestoord? Links Rechts Beide
Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -6 of +6? Ja Neen
Sterkte: links rechts

22. Werd u al behandeld met radioactieve stoffen? Ja Neen
Zo ja, reden?

23. Komen er in uw naaste familie (grootouders, ouders, broers, zusters, ooms, tantes) gevallen voor van: erfelijke ziekten, suikerziekte, vallende ziekte, geestelijke aandoeningen, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk? Ja Neen
Zo ja, welke? Bij wie?

24. Onderging u reeds één van de volgende onderzoeken?

a) bloedonderzoek Ja Neen
Waarom, wanneer, resultaat?

b) urineonderzoek Ja Neen
Waarom, wanneer, resultaat?

c) radiografieën of radioscopieën Ja Neen
Waarom, wanneer, resultaat?

d) electrocardiogram (ECG) Ja Neen
Waarom, wanneer, resultaat?

e) electro-encefalogram (EEG) Ja Neen
Waarom, wanneer, resultaat?

