



Aankruisen wat van toepassing is. Indien u onvoldoende ruimte heeft om op een gestelde vraag een duidelijk antwoord te geven, verzoeken wij u om op een apart blad met vermelding van uw naam, voornaam, geboortedatum en met verwijzing naar het nummer van de vraag, de bijkomende inlichtingen te verschaffen.

Persoonsgegevens verzekerde

M. Mevr.

Naam (in hoofdletters) : _____ Voornaam : _____

Geboortedatum : _____ Beroep : _____

Wat is uw lengte? _____ cm Gewicht? _____ kg

Onderging uw gewicht de laatste 3 jaar belangrijke wijzigingen? _____ vermeerderd / verminderd met* _____ kg

Rookt u? Ja Nee Indien ja, dagelijkse hoeveelheid? _____

Heeft u gerookt? Ja Nee Indien ja, gestopt sinds wanneer? _____

Heeft u drugs gebruikt? Ja Nee Indien ja, wat? _____ Frequentie? _____

Welke alcoholische dranken gebruikt u? _____ Dagelijkse hoeveelheid? _____

Doet u aan sport? Ja Nee Indien ja, dewelke : _____

*schrappen wat niet past


Medische gegevens

1.	a. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, sinds wanneer?
	b. Heeft u met betrekking tot uw gezondheid klachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, sinds wanneer?
	c. Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, wat, wanneer, welke gevolgen?
2.	a. Bent u ooit al behandeld met X-stralen, radioactieve stoffen of dergelijke, radiotherapie, chemotherapie of cortisone (derivaten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, hoelang?
	b. Is uw bloed ooit onderzocht op HIV, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bv. cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, waarvoor, wanneer, welke uitkomst?
	c. Heeft u zich in de laatste 5 jaar onderworpen aan een electrocardiogram, een röntgenonderzoek van de thorax of een urineonderzoek?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer?
	d. Heeft u, naar aanleiding van bovenvermelde onderzoeken (2b en 2c), een behandeling ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, waarvoor, wanneer?
3.	a. Heeft u wel eens een specialist geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, wie?
	b. Heeft u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, wie?
	c. Heeft u nog klachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, sinds wanneer?
	d. Staat u nog steeds onder controle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, toelichting
4.	a. Gebruikt u of heeft u geneesmiddelen gebruikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, waarvoor, hoeveel, sinds wanneer?
	b. Gebruikt u deze geneesmiddelen nog steeds?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo nee, sedert wanneer bent u gestopt?

5.	a. Heeft u uw huisarts de laatste 5 jaar geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, wie?
	b. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginstelling of is er zo'n opname in de nabije toekomst te overwegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, hoelang?
	c. Heeft u ooit (de laatste 5 jaar) om gezondheidsredenen uw werk langer dan 30 (al dan niet opeenvolgende) dagen geheel of gedeeltelijk onderbroken, of bent u van werk veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, hoelang?
	d. Bent u thans ziek, geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest of erkend als invalide?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarvoor, wanneer, hoelang?
6.	a. Lijdt u aan hypertensie (hoge bloeddruk) ? Welke geneesmiddelen gebruikt u hiervoor ? Wat is de uitslag van de meest recente bloeddrukmeting?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, sinds wanneer?
7.	a. Lijdt u aan enige vorm van hart- en/of vaatziekten? Welke geneesmiddelen gebruikt u hiervoor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke, sinds wanneer?
	b. Staat u hiervoor onder controle van een specialist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, bij wie, waarvoor, wanneer, hoelang?
8.	Lijdt u of heeft u geleden aan:		Zo ja, waaraan, wanneer, hoe lang, geopereerd, welke geneesmiddelen, hoe lang werkverzuim, nog klachten?
	a. Hersenaandoeningen, neurologische aandoeningen, depressie, duizeligheden, epilepsie, zenuwziekte, flauwte, hoofdpijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	b. Beklemming op de borst, hartkloppingen, kortademigheid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	c. Verhoogd cholesterol, jicht, suikerziekte, schildklierafwijkingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	d. Astma, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	e. Aandoening van maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	f. Aandoening van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	g. Aandoening van spieren, ledematen of gewrichten, reuma , (kinder)verlamming, hernia, ischias, rugpijn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	h. Huidaandoeningen, spataderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	i. Enige vorm van kanker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
j. Enige andere ziekte, kwaal of gebrek?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
9.	Bent u zwanger? Hoeveel weken? Zijn er complicaties?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
10.	Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levensverzekering geweigerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, op grond waarvan?
11.	Zijn er nog andere elementen die de beoordeling van het risico door de verzekeraar kunnen beïnvloeden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, uitgebreide toelichting:

Ik verklaar de juistheid van alle hierboven op deze vragenlijst afgelegde verklaringen. Ik ben ervan op de hoogte dat onjuiste verklaringen kunnen leiden tot de nietigheid van het contract conform de wet op de Landverzekeringsovereenkomst. Ik machtig uitdrukkelijk de geneesheren die mij hebben behandeld, mijn overlijden zullen vaststellen, om alle noodzakelijke inlichtingen die voor de beoordeling van een eventuele vordering van belang kunnen zijn, te verstrekken aan de raadgevende geneesheer van de verzekeraar. Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische en persoonlijke gegevens die op mij betrekking hebben (wet van 08/12/1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer). Ik verklaar tevens een kopie van deze vragenlijst te hebben ontvangen. In functie van de antwoorden van de kandidaat-verzekerde en/of in functie van de hoogte van het te verzekeren bedrag, kan de verzekeraar de verzekerde verzoeken een medische keuring te ondergaan en/of specifieke acceptatievoorwaarden (bijpremies en/of uitsluitingen) formuleren.

Opgemaakt te _____ op _____



Handtekening verzekerde
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")