



Polisnummer: .....  
Naam verzekeringnemer: .....  
Adres: .....  
Postcode en woonplaats: .....

**Algemene Gegevens**

Wie wordt de verzekerde?  
Naam: .....  
 Man  Vrouw  
Voornamen: .....  
*(Schrijf alleen de eerste voornaam voluit)*  
Adres: .....  
Postcode en 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 en woonplaats: .....

**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? .....

**Uw gezondheidstoestand**

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 dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de "Aanvullende vragen gezondheid" in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.*

**Werkzaamheden**

Heeft u de laatste 5 jaar 2 weken of langer achtereenvolgend 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?  nee  ja  
Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij "Uw gezondheidstoestand" 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? .....

Bent u door een bij "Uw gezondheidstoestand" ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)?  
 nee  ja



Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? .....  
Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt? .....

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd?  nee  ja  
Wanneer bent u afgekeurd? .....  
Om welke reden? .....  
Door welke instantie? .....

### 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? .....

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?  nee  ja

Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?  nee  ja  
Welke aandoening? .....

*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.*

### Gehoor en gezichtsvermogen

Heeft u een gehoorstoornis?  nee  ja  
Zo ja,  links  rechts  beide oren  
Wat is de oorzaak? .....

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen?  nee  ja  
Zo ja,  links  rechts  beide ogen  
Wat is de oorzaak? .....

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?  nee  ja  
Sterkte links ..... Sterkte rechts .....

### Vragen over uw familieleden

*Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheids-onderzoek.*

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? .....

### 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).

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

Plaats: ..... Datum: .....  
Handtekening verzekerde: ..... Aantal bijlagen: .....  
(bij minderjarigheid: ouder/voogd)

**U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van de maatschappij onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.**

*Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur*

---

## Aanvullende vragen gezondheid

Vul voor elke aandoening die u bij "Uw gezondheidstoestand" heeft aangekruist deze vragen in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Letter van de rubriek "Uw gezondheidstoestand": .....

Aan welke aandoening of ziekte (gebrek of klacht daaronder begrepen) lijdt u of heeft u geleden? .....

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening of 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, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acu-punctuur?

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?

nee Sinds wanneer gestopt? .....

ja In welke dosering? .....

---

### 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? .....

---

## Aanvullende vragen gezondheid

Vul voor elke aandoening die u bij "Uw gezondheidstoestand" heeft aangekruist deze vragen in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Letter van de rubriek "Uw gezondheidstoestand": .....

Aan welke aandoening of ziekte (gebrek of klacht daaronder begrepen) lijdt u of heeft u geleden? .....

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening of 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, consultatie-bureamedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acu-punctuur?

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?

nee Sinds wanneer gestopt? .....

ja In welke dosering? .....

---

### 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?