



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

Gezondheidsverklaring

Polisnummer / Contractnummer

Naam intermediair

Relatienummer

Werkgever / Pensioenfonds

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring (versie 2)

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijgevoegde bijlage.

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat de verzekeraar een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdát de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan de verzekeraar doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van de verzekeraar of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

1 Algemene gegevens

Wie wordt de verzekerde?

Naam Man Vrouw

Voornamen

(Schrijf alleen de eerste voornaam voluit.)

Adres

Postcode Woonplaats

Geboortedatum

Beroep

Waaruit bestaan uw beroeps-
werkzaamheden?

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 Woonplaats



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

2 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?

3 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 vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

4 Werkzaamheden

Heeft u de laatste 5 jaar twee 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? Ja Nee

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 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? Nee Ja

Bent u door een bij vraag 3 ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)? Nee Ja

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

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd? Nee Ja

Wanneer bent u afgekeurd?
Om welke reden?
Door welke instantie?

5 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?



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

6 Aids en HIV

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?* Ja Nee

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 de laatste drie vragen onder 6 (Aids en HIV) 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.

7 Gehoor en gezichtsvermogen

Heeft u een gehoorstoornis? Nee Ja Links Rechts Beide oren

Wat is de oorzaak?

.....

.....

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen? Nee Ja Links Rechts Beide ogen

Wat is de oorzaak?

.....

.....

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8? Nee Ja *Sterkte links* *Sterkte rechts*

Zie ommezijde voor vraag 8 en 9.



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

8 Vragen over uw familieleden

Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek.

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? | | | | |

9 Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring (versie 2), 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).

Plaats Datum

Handtekening verzekerde Aantal bijlagen

(bij minderjarigheid: ouder/voogd)

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van ZwitsersLeven, Antwoordnummer 475, 1180 VB Amstelveen, onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

Bijlage bij vraag 3 van de
gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden. Heeft u meer bijlagen nodig? Vraag deze dan aan.

Letter van de rubriek vraag 3

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?

In welke periode(n) heeft u had u deze aandoening, 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, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

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?

Ja

In welke dosering?

Nee

Sinds wanneer gestopt?

(vervolg: zie ommezijde)



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

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?



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

Bijlage bij vraag 3 van de
gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden. Heeft u meer bijlagen nodig? Vraag deze dan aan.

Letter van de rubriek vraag 3

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?

In welke periode(n) heeft u had u deze aandoening, 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, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

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?

Ja

In welke dosering?

Nee

Sinds wanneer gestopt?

(vervolg: zie ommezijde)



ZwitserLeven

Burgemeester Rijnderslaan 7
1185 MD Amstelveen
Postbus 5000, 1180 KA Amstelveen

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?