

Verkorte gezondheidsverklaring

ten behoeve van levensverzekeringen

1 Algemene gegevens

Naam verzekerde _____ Geboortedatum _____
 Geslacht Man Vrouw
 Wie is uw huisarts? _____ Adres huisarts _____

2 Persoonlijke gezondheidsgegevens

Wat is uw lengte? _____ cm Rookt u? Nee Ja
 Wat is uw gewicht? _____ kg Sinds wanneer en hoeveel sigaretten per dag?
 Sinds _____, _____ sig. per dag
 Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Nee Ja Drinkt u alcohol? Nee Ja, _____ glazen per dag

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 "Ja" 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? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| B. aandoeningen of klachten van psychische aard? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| C. verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| D. verhoogd cholesterol, suikerziekte? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| E. aandoeningen van longen of luchtwegen? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| F. aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| G. aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| H. kwaadaardige aandoeningen, tumoren? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| I. bloedziekte, trombose, embolie, stofwisselingsziekten? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| J. ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

Heeft u hierboven een of meer keer "Ja" aangekruist? Nee Ja
Zo ja, vul dan ook de bijlage in.

4 Bloedonderzoek

Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? Nee Ja
 Zo ja, waarop werd uw bloed onderzocht?

 Met welk resultaat? Goed Afwijkend

Toelichting: _____

5 Aids en HIV

Heeft u aids? Nee Ja
 Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)? Nee Ja
 overdraagbare aandoening?
 Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs?
 Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel

Nee Ja

Zo ja, heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt? Nee Ja

Nee Ja

Nee Ja

Zo ja, welke aandoening? _____

De door u opgegeven antwoorden kunnen aanleiding geven tot een verzoek om nadere informatie.

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op de 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:** _____

Bijlage bij vraag 3 van de verkorte gezondheidsverklaring

Vul voor elke categorie die u bij vraag 3 met "Ja" hebt beantwoord deze bijlage in.
Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan.

Naam verzekerde _____ Geboortedatum _____

Letter van de categorie die u bij vraag 3 met "Ja" hebt beantwoord: _____

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

In welke periode(n) heeft of 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 één van de volgende artsen of hulpverleners
bezoekt: *medisch specialist, fysiotherapeut, manueel
therapeut, consultatiebureau medewerker, 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?

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, Nee

het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke
of psychische gevolgen heeft overgehouden?

Ja Wanneer gebeurde dit ongeval? _____
Wat zijn de medische gevolgen ervan? _____

