

## Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

Deze gezondheidsverklaring behoort bij de verzekeringsaanvraag op naam van \_\_\_\_\_

De gezondheidsverklaring dient te worden afgelegd door de tweede verzekerde behorende bij de verzekeringsaanvraag.  
Zie voor meer informatie het informatieblad Toelichting gezondheidsverklaring levensverzekering.

## Persoonlijke gezondheidsgegevens

1. a. Naam verzekerde \_\_\_\_\_

b. Geboortedatum \_\_\_\_\_

c. Lengte \_\_\_\_\_

cm

d. Gewicht \_\_\_\_\_

kg

e. Rookt u of heeft u gerookt? Zo ja, hieronder invullen wat, vanaf welke leeftijd en hoeveel per dag.

Nee  Ja

f. Indien gestopt, wanneer? \_\_\_\_\_

g. Drinkt u meer dan 3 alcoholische consumpties per dag? Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag.

Nee  Ja

h. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt, bijvoorbeeld wiet, hasj, cannabis, heroïne, cocaïne, crack, speed of xtc?  
Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag.

Nee  Ja

i. Indien gestopt, wanneer? \_\_\_\_\_

## Gezondheidstoestand

2. Lijdt u of heeft u geleden aan: *Onderstrepen wat van toepassing is.*

a. ziekten of aandoeningen aan hersenen of zenuwen zoals beroerte, duizelingen, toevallen, hyperventilatie, spierziekten, hoofdpijn?

Nee  Ja

b. aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out?

Nee  Ja

c. verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten?

Nee  Ja

d. verhoogd cholesterol, afwijkende bloedvetten, suikerziekte, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormonale afwijkingen?

Nee  Ja

e. aandoeningen aan longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?

Nee  Ja

f. aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier?

Nee  Ja

g. aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?

Nee  Ja

h. goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede?

Nee  Ja

i. aandoeningen aan spieren, ledematen of gewrichten, bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, jicht, ischias, RSI?

Nee  Ja

j. huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie?

Nee  Ja

k. neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottenhoofd- of stembandaandoeningen?

Nee  Ja

l. enige andere ziekte, kwaal of gebrek (hier vallen ook klachten onder)?

Nee  Ja

*Zo ja, geef hieronder een toelichting.*

3. Beantwoord onderstaande vragen indien u hierboven een vraag met 'ja' heeft beantwoord en geef met de letters van de rubrieken aan op welke aandoening uw antwoord betrekking heeft. *Gebruik indien nodig een aparte bijlage.*

a. Heeft u de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Nee  Ja

*Zo ja, geef hieronder aan wanneer u uw huisarts bezocht, waarvoor en of u momenteel nog onder controle staat.*

b. Heeft u een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur?

Nee  Ja

*Zo ja, geef hieronder aan welke van deze artsen of hulpverleners u bezocht, wanneer en waarvoor.*

c. Staat u nog onder controle of bent u nog onder behandeling van een van bovenstaande artsen of hulpverleners?

Nee  Ja

*Zo ja, bij wie?*

d. Heeft een van uw artsen u medicijnen voorgeschreven?

Nee  Ja

*Zo ja, geef hieronder aan welke medicijnen u kreeg voorgeschreven, in welke dosering en of u deze medicijnen momenteel nog gebruikt.*

## Vervolg gezondheidsverklaring tweede verzekerde

- e. Bent u opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?  Nee  Ja  
Zo ja, geef hieronder aan waar, wanneer, waarvoor en hoelang.

- f. Is de aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden? Zo ja, geef hieronder een toelichting.  Nee  Ja

### Bloedonderzoek

4. Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? Zo ja, waarom en waarop werd uw bloed onderzocht, wanneer en wat was het resultaat?  Nee  Ja

### Aids en hiv

5. a. Heeft u aids?  Nee  Ja

- b. Zijn in uw bloed hiv-antistoffen aangetoond; bent u seropositief?  Nee  Ja

- c. Heeft u ooit in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, wanneer en in welk land?  Nee  Ja

- d. Gebruikt u of gebruikte u in de afgelopen 5 jaar drugs met behulp van een injectiespuit?  Nee  Ja

- e. Wordt u momenteel of bent u in de afgelopen 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening of ziekte? Zo ja, voor welke aandoening?  Nee  Ja

Een bevestigend antwoord op vraag 5c, d of e kan voor de geneeskundig adviseur aanleiding zijn om te besluiten tot een nader onderzoek waarop eventueel een hiv-test kan volgen. Meer informatie hierover vindt u in de toelichting.

### Werkzaamheden

6. a. Heeft u de laatste 5 jaar 2 weken of langer achtereen geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken?  Nee  Ja

- b. Bent u ooit medisch afgekeurd (bijvoorbeeld voor militaire dienst of door een uitkeringsinstantie)?  Nee  Ja

- c. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? Zo ja, geef hieronder een toelichting.  Nee  Ja

### Vragen over uw familieleden

7. a. Heeft uw vader, moeder en/of broers/zussen geleden (of lijdt nog) aan een van de volgende aandoeningen: hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoeningen van psychische aard? Zo ja, hieronder toelichten bij wie en welke aandoening.  Nee  Ja

	Leeftijd	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Van psychische aard
Vader	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Moeder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broer(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zus(sen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- b. Indien vader, moeder, broer(s) of zus(sen) niet meer in leven zijn dan hieronder de leeftijd bij overlijden alsmede de oorzaak van overlijden invullen.

### Ondertekening gezondheidsverklaring

Plaats

Datum

Door ondertekening van dit formulier verklaart de tweede verzekerde dat de antwoorden op de vragen van de gezondheidsverklaring door hem/haar naar waarheid en zo volledig mogelijk zijn ingevuld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met dit formulier aangevraagde verzekering(en), tenzij anders aangegeven. Verder verplicht hij/zij zich om wijzigingen in de gezondheidstoestand die optreden na ondertekening van dit formulier, maar voor afgifte van het polisblad, direct schriftelijk aan de maatschappij te melden.

Handtekening tweede verzekerde

### Aanvullende gezondheidsverklaring tweede verzekerde

Is het verzekerde bedrag dat nu aangevraagd wordt hoger dan € 160.000,-?

Nee  Ja

Zo ja, dan alle hiernavolgende vragen beantwoorden. Zo nee, dan kunt u de hiernavolgende vragen (8 tot en met 15) overslaan.

### Aanvullende vragen

8. Heeft u ooit een van de volgende behandelaars bezocht om (nog) een andere reden dan de reden die in vraag 2 en 3 is gevraagd?

- |                      |  |                              |  |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| a. Specialist        | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | d. Psycholoog                | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| b. Fysiotherapeut    | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | e. Psychotherapeut           | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| c. Manueel therapeut | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | f. Alternatieve geneeswijzer | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

Indien u (een van) de vragen a tot en met f met 'ja' heeft beantwoord, geef hieronder aan wanneer, waarvoor en of u nog onder behandeling staat.

9. Gebruikt u medicijnen of heeft u medicijnen gebruikt naast degene waarnaar in vraag 3 is gevraagd?

Nee  Ja

Zo ja, geef hieronder aan welke medicijnen, waarvoor, in welke dosering en of u deze medicijnen nog steeds gebruikt.

10. Bent u ooit opgenomen geweest in een van de volgende instellingen om (nog) een andere reden dan de reden die in vraag 2 en 3 is gevraagd?

- |               |  |                              |  |
|---------------|--|------------------------------|--|
| a. Ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | d. Psychiatrische inrichting | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| b. Kliniek    | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | e. Verpleeginrichting        | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| c. Sanatorium | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |                              |  |

Indien u (een van) de vragen a tot en met e met 'ja' heeft beantwoord, geef hieronder aan waar, wanneer, waarvoor en hoelang.

11. Heeft u ooit operaties ondergaan anders dan de operaties waarnaar in vraag 2 en 3 is gevraagd?

Nee  Ja

Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

### Diverse behandelingen

12. a. Bent u ooit om medische redenen afgekeurd door de bloedtransfusiedienst? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarom.

Nee  Ja

b. Is bij u ooit een röntgenonderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee  Ja

c. Is bij u ooit een echo-onderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee  Ja

d. Is bij u ooit een MRI-onderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee  Ja

### Gehoer en gezichtsvermogen

13. a. Heeft u een gehoorstoornis? Zo ja, geef hieronder aan welk oor en wat de oorzaak is.

Nee  Ja

b. Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen? Zo ja, geef hieronder aan welk oog en wat de oorzaak is.

Nee  Ja

## Vervolg aanvullende gezondheidsverklaring tweede verzekerde

c. Draagt u een bril of contactlenzen? Zo ja, geef hieronder aan welke sterkte.

Nee  Ja

Sterkte links

Sterkte rechts

d. Heeft u ooit een ooglaserverhandeling ondergaan? Zo ja, geef hieronder aan wat de sterkte was vóór de behandeling.

Nee  Ja

Sterkte links

Sterkte rechts

## Werkzaamheden

14. a. Wat is uw beroep?

b. Hoeveel uur werkt u gewoonlijk per week?

c. Voelt u zich meestal gezond? Zo nee, hieronder toelichten.

Nee  Ja

d. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee  Ja

e. Heeft u ooit een uitkering ontvangen? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee  Ja

f. Heeft u ooit een ongeval gehad met blijvende lichamelijke of psychische gevolgen? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee  Ja

## Vragen over uw familieleden

15. a. Komt of kwam een van de volgende aandoeningen voor in uw familie in eerste lijn (ouders, broers, zussen, kinderen):  
erfelijke ziekten, verhoogd cholesterol, kanker, nierziekten, neurologische aandoeningen, spierziekten?

Nee  Ja

Zo ja, hieronder toelichten bij wie, zijn/haar leeftijd en welke aandoening.

b. Komt of kwam een van de volgende aandoeningen voor in uw familie in tweede lijn (grootouders, ooms, tantes):  
hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk, aandoeningen van psychische aard, erfelijke ziekten, verhoogd cholesterol,  
kanker, nierziekten, neurologische aandoeningen, spierziekten?

Nee  Ja

Zo ja, hieronder toelichten bij wie, zijn/haar leeftijd en welke aandoening.

## Ondertekening aanvullende gezondheidsverklaring

Plaats

Datum

Door ondertekening van dit formulier verklaart de tweede verzekerde dat de antwoorden op de vragen van de aanvullende gezondheidsverklaring door hem/haar naar waarheid en zo volledig mogelijk zijn ingevuld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met dit formulier aangevraagde verzekering(en), tenzij anders aangegeven. Verder verplicht hij/zij zich om wijzigingen in de gezondheidstoestand die optreden na ondertekening van dit formulier, maar voor afgifte van het polisblad, direct schriftelijk aan de maatschappij te melden.

Handtekening tweede verzekerde