

Gegevens verzekerde

Naam _____ m v Geboortedatum ____ / ____ / ____
Adres _____
Postcode _____ Plaats _____

Gezondheidsvragen

- 1 Uw lengte is _____ cm Uw gewicht is _____ kg
- 2 Heeft u de afgelopen 2 jaar gerookt? ja nee
- 3 Heeft u met betrekking tot uw gezondheid klachten of bent u arbeidsongeschikt? ja nee
Zo ja, wat, wanneer, hoelang? _____
- 4 Lijdt u of heeft u ooit geleden aan een ziekte, kwaal of gebrek zoals hartaandoeningen, druk op de borst, verhoogde bloeddruk, longaandoeningen, astma, ziekte aan maag, darmen of ingewanden, suikerziekte, nieraandoeningen, leverkwalen, aandoeningen van het zenuwstelsel, hersenletsel, psychische stoornissen, psychische overbelasting? ja nee
Zo ja, wat, wanneer, onder behandeling? _____
- 5 Heeft uw huisarts of een specialist u in de afgelopen 3 jaar behandeld? ja nee
Zo ja, waarvoor, wanneer, onder behandeling? _____
- 6 Gebruikt u of heeft u in de afgelopen 3 jaar medicijnen gebruikt? ja nee
Zo ja, wat, waarvoor, nog steeds? _____
- 7 Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloederziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (b.v. cholesterol) of geelzucht (hepatitis A of B)? ja nee
Zo ja, waarom, waarop onderzocht, resultaat? _____
- 8 Heeft u aids? ja nee
- 8b Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetroffen (bent u seropositief)? ja nee
- 9 Lijdt u of heeft u geleden aan een ernstige aandoening, ziekte, kwaal of gebrek hier niet genoemd? ja nee
Zo ja, wat, wanneer, hoelang, onder behandeling? _____

Toelichting _____

Machtiging

Ondergetekende machtigt zijn/haar huisarts of specialist _____

Praktijkadres _____

Postcode _____ Plaats _____

aan de medisch adviseur van bovengemelde verzekeraar inlichtingen te verstrekken aangaande de op deze gezondheidsverklaring vermelde bijzonderheden.

Ondertekening

Datum ____ / ____ / ____ Plaats _____

Handtekening verzekerde _____