

GEZONDHEIDSVZERKLARING VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

1. Naam : _____
 Voornamen : _____
 Geboortedatum : _____ Geboorteplaats: _____
 Adres : _____
 Woonplaats : _____

2. a. Huidig beroep en eventuele vroegere beroepen (event. verandering van beroep om gezondheidsredenen hierbij te vermelden)

b. Waaruit bestaan uw beroepsbezigheden (nauwkeurig omschrijven)?

c. Hoe luidt de naam van de onderneming waaraan u bent verbonden?

d. Welk bedrijf wordt door de onder c. bedoelde onderneming uitgeoefend?

3. a. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? Ja Nee

b. Hebt u m.b.t. uw gezondheid klachten? Ja Nee

c. Hebt u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen? Ja Nee

4. Welke takken van sport beoefent u? _____

5.	In leven		Overleden	
	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Leeftijd	Doodsoorzaak
Eigen vader	_____	_____	_____	_____
Eigen moeder	_____	_____	_____	_____
	Aantal		Aantal	
Eigen kinderen	_____	_____	_____	_____
Broers	_____	_____	_____	_____
Zusters	_____	_____	_____	_____
Halfbroers	_____	_____	_____	_____
Halfzusters	_____	_____	_____	_____

Komen of kwamen in uw familie of gezin gevallen voor van tuberculose, kanker, suikerziekte, maagzweer, vallende ziekte of beroerte?
 Zo ja, bij wie en welke ziekte? _____

Bij grootouder oom tante kind andere, nl.: _____

6. Geef zo nauwkeurig mogelijk op: uw lengte: _____ cm. Uw gewicht: _____ kg. Wanneer gewogen? _____

7. Bent u gezond? Ja Nee

8. Heeft u volgens uw mening enige ziekte, kwaal of gebrek? Ja Nee Zo ja, welke? _____

9. Gebruikt u geneesmiddelen? Ja Nee Zo ja, welke? _____

10. Lijdt u of heeft u geleden aan:

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|--|
| a. tuberculose, pleuritis, asthma? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| b. syfilis of andere geslachtsziekten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| c. suikerziekte of nieraandoening? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| d. gal- of niersteen, leverziekte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| e. maag of ingewandziekte? Pijn in de maag of buik, braken, bloedbraken of bloed in de ontlasting) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| f. blindedarmontsteking? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| g. spier of gewrichtsreumatiek? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| h. oorettering of andere oorziekte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| i. zenuwziekte of toevallen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| j. Hartkloppingen, kortademigheid, beklemming op de borst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| k. Schrijfkrimp, pijnlijke voeten of spataderen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |
| l. Enige andere aandoening ziekte of gebrek hier niet genoemd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | |

11. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol), geelzucht (hepatitis A of B), sexueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of aids? Ja Nee

Zo ja, wanneer, waarop en met welk resultaat?

12a. Heeft u vaak last van pijn of een moe gevoel in hoofd, rug, arm of benen? Ja Nee

Zo ja, waar?

b. Lijdt u of heeft u geleden aan aandoeningen van het zenuwstelsel? (overspanning, neerslachtigheid, zenuwachtigheid) Ja Nee

Zo ja, waardoor?

c. Is de beweeglijkheid van alle gewrichten normaal? Ja Nee

13. Heeft u wel eens rustkuur gehouden of bent u wel eens in een sanatorium of ziekenhuis verpleegd? Ja Nee

Zo ja, wanneer en waarvoor?

14a. Bent u weleens met röntgenstralen doorgelicht of behandeld? Ja Nee

Zo ja, waarvoor?

b. Werden ooit röntgenfoto's van u gemaakt? Ja Nee

Zo ja, waarvoor?

c. Wanneer en hoe was de uitslag?

15. Hoe dikwijls, wanneer en waarvoor heeft u in uw tegenwoordige of in vroegere betrekkingen wegens ziekte, ongevallen enz. moeten verzuimen?

Wanneer en hoe lang?

Reden:

16a. Bent u ooit onder specialistische behandeling geweest? Ja Nee

b. Zo ja, bij wie, wanneer en waarvoor?

17a. Bent u momenteel onder behandeling van een medisch specialist? Ja Nee

b. Zo ja, bij wie en waarvoor?

- 18a. Wie is huisdokter?
- b. Bent u onder lopende behandeling bij uw huisarts? Ja Nee
- c. Zo ja, waarvoor?
19. Bent u goed bestand tegen lichamelijke inspanning? (bijvoorbeeld trappen klimmen, sport, enz.) Ja Nee
- 20a. Is het gezichtsvermogen van beide ogen goed? Ja Nee
- b. Is het sinds vroeger verminderd? Ja Nee
- c. Draagtu een bril? Zo ja, welke sterkte heeft deze? Ja Nee
- 21a. Hoeveel glazen alcohol gebruikt u gemiddeld per dag?
- b. Welke dranken? Wijn Bier Whisky andere
- c. Hoeveel rookt u gemiddeld per dag? sigaren sigaretten tabak
22. a. Heeft enige maatschappij ooit een verzekering op uw leven geweigerd, uitgesteld of alleen willen aannemen tegen een hogere premie, volgens een ander tarief of met beperking van de verzekeringsduur of andere bijzondere voorwaarden? Ja Nee
- b. Zo ja, welke maatschappij en wanneer?
- 23a. Bent u gekeurd voor militaire dienst? Ja Nee
- Bent u afgekeurd? Zo ja.
- Bij vrouwen: Indien zwangerschap bestaat, sedert wanneer?

Verklaring van kandidaat-verzekerde:

Ik ondergetekende, op wiens leven een verzekering bij AssuriaLevensverzekering N.V. (hierna ook genoemd Assuria) is aangevraagd verklaar antwoorden en mededelingen naar mijn beste weten en waarheid te hebben gegeven en geen omstandigheden te hebben verzwegen, die voor Assuria van belang kunnen zijn. Ik weet, dat enige verzwijging en/of onjuiste invulling van dit vragenformulier kan leiden tot nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst zonder teruggaaf van de betaalde premies.

Tevens machtig ik alle artsen, die mij behandeld hebben of zullen behandelen, de door Assuria te vragen inlichtingen omtrent mijn gezondheidstoestand en omtrent de oorzaak van mijn overlijden te verstrekken. Afhankelijk van het oordeel van de Medische Adviseur is een aanvullend onderzoek mogelijk.

Paramaribo,

Handtekening kandidaat-verzekerde

DIT GEDEELTE IN TE VULLEN DOOR ASSURIA N.V.

ORDEEL VAN DE MEDISCH ADVISEUR

- normaal aanvaardbaar
- nauwelijks aanvaardbaar

Opmerkingen

Datum

Handtekening / Paraaf