

Gezondheidsverklaring

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 SAZAS of de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

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 vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan SAZAS 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'.

Polisnummer _____

Naam verzekerde _____

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 beroepswerkzaamheden? _____

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 _____

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.

Heeft u hiernaast een of meer categorieën aangekruist? 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.

- 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, alveesklier?
- 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 de bijlage bij vraag 3 in

4 Werkzaamheden

Heeft u de laatste 5 jaar twee weken of langer
achtereen 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? Nee Ja

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? _____

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 Nee Ja Heeft u hierbij altijd steriel materiaal
intraveneus drugs?* ja nee
(naalden en spuiten) gebruikt?
- Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode Nee Ja Welke aandoening? _____
van 5 jaar behandeld wegens een seksueel
overdraagbare aandoening?*

* Als u een van deze vragen 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 _____

8 Vragen over uw familieleden

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? Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek

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?	_____	_____	_____	_____

	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Aandoening van psychische aard
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, 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 _____

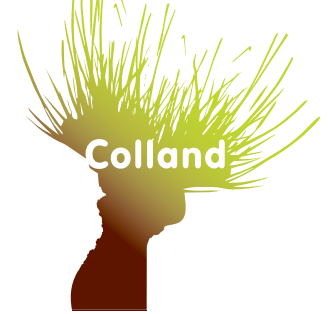
Datum ____ - ____ - ____

Handtekening verzekerde
(bij minderjarigheid: ouder/voogd) _____

Aantal bijlagen _____

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van SAZAS onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.

Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur.



Bijlage

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening?
Vraag dan een extra bijlage aan.

Polisnummer _____

Naam verzekerde _____

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 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 een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueeltherapeut, consultatiebureamedewerker, 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 Nee

Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht, 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? _____
