

GEZONDHEIDSVERKLARING VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

1	Naam: Voornamen: Adres:		Geboortedatum: Geboorteplaats: Woonplaats:			
2	a. Huidig beroep en eventuele vroegere beroepen (event. verandering van beroep om gezondheidsredenen hierbij te vermelden) sedert: b. Waaruit bestaan uw beroepsbezigheden (nauwkeurig omschrijven)? c. Hoe luidt de naam van de onderneming waaraan u bent verbonden?					
3	Welke takken van sport beoefent u?					
4	Wat is uw lengte? cm, uw gewicht: kg, datum van wegen.....					
5	a. Hoeveel glazen alcohol gebruikt u gemiddeld per dag? b. Welke dranken? c. Hoeveel rookt u gemiddeld per dag?		a. b. <input type="checkbox"/> Wijn <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> whisky <input type="checkbox"/> andere c. sigaren sigaretten tabak			
6	Gebruikt u geneesmiddelen?		Welke?			
7	Lijdt u of heeft u geleden aan: a. Astma b. Epilepsie c. Trombose d. Cholesterol of andere vetten in het bloed verhoogd e. Suikerziekte f. Verhoogde bloeddruk g. Hartziekte h. Nierdialyse i. Beroerte / CVA/ TIA j. Kanker k. HIV/AIDS l. Zenuwziekte		a. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen d. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen e. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen f. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen g. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen h. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen i. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen j. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen k. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen l. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		Wanneer? a..... b..... c..... d..... e..... f..... g..... h..... i..... j..... k..... l.....	Duur, verloop en door wie behandeld? a..... b..... c..... d..... e..... f..... g..... h..... i..... j..... k..... l.....
8	a. Wie is uw huisarts? b. Bent u onder lopende behandeling bij uw huisarts? c. Zo ja, waarvoor?		a. Naam huisarts Poli-adres b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen c.			
9	a. Bent u ooit onder behandeling van een medisch specialist geweest? b.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Naam specialist Werkadres Waarvoor Wanneer			
	Behandelend specialist				
	Opnames				
	Operaties				
10	Komen er in de familie de volgende aandoeningen voor: a. cholesterol? b. suikerziekte ? c. bloeddruk? d. kanker?		Vanaf welke leeftijd en bij wie? a..... b..... c..... d.....			
11	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?		Welke Wanneer.....			
Verklaring & Machtiging van de kandidaat-verzekerde: Ik, kandidaat-verzekerde, heb een verzekering bij Assuria Levensverzekering N.V. (hierna te noemen: Assuria) aangevraagd. Ik verklaar hierbij alle gestelde vragen op het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring naar waarheid en eer en geweten te hebben beantwoord en mededelingen naar beste weten te hebben gedaan. Ik heb geen informatie c.q. omstandigheden verzwegen, die voor Assuria van belang kunnen zijn voor de totstandkoming van de aangevraagde verzekeringsovereenkomst. Ik ben ervan op de hoogte dat enige verzwijging en/of onjuiste beantwoording van genoemd Aanvraagformulier en Gezondheidsverklaring kan leiden tot nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst*. Bij nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst zullen de reeds betaalde premies niet gerestitueerd worden. Ik ben ervan op de hoogte dat de Medisch Adviseurs een aanvullend medisch onderzoek kunnen aanvragen, ingeval zij daartoe behoefte heeft. Dit is afhankelijk van de eerder verkregen medische informatie. Ik verklaar bij voorbaat hiermee akkoord te gaan. Ik machtig hierbij de Medisch Adviseurs van Assuria N.V. om mijn persoonlijke medische informatie, die mogelijkerwijs reeds in het bezit is van Assuria N.V., te mogen gebruiken bij het acceptatie - en claim proces. Tevens machtig ik Assuria N.V. om informatie op te vragen bij alle artsen, ziekenhuizen of klinieken, of enig ander medisch instituut, die mij behandeld hebben of in de toekomst nog zullen behandelen. De medische informatie kan omvatten documentatie omtrent mijn gezondheidstoestand of de oorzaak van mijn overlijden. Deze machtiging blijft van kracht tot dat Assuria N.V. deze verzekering beëindigt.					Plaats en datum,..... (handtekening van kandidaat-verzekerde)	