

Gezondheidsverklaring

Voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering
 levensverzekering met arbeidsongeschiktheidsdekking

Polisnummer en Bedrijfsnaam _____

Naam verzekerde _____

U krijgt een gezondheidsverklaring

U heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. Of een levensverzekering die ook arbeidsongeschiktheid dekt. Daarom krijgt u deze gezondheidsverklaring. Wilt u dit formulier helemaal invullen? De medisch adviseur kijkt vervolgens naar uw antwoorden. Hij adviseert daarna de verzekeraar of die de verzekering wel of niet kan accepteren. En zo ja, onder welke voorwaarden

Let op: lees de Toelichting vóórdát u de gezondheidsverklaring invult.

Vul alle vragen goed in

Dat is belangrijk. En dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat:

- de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt;
- de verzekeraar geen uitkering geeft bij overlijden;
- de verzekeraar geen uitkering geeft bij arbeidsongeschiktheid.

Noem al uw klachten. Oók als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.

Beantwoordt u een vraag met Ja?

Dan moet u hierover meer vertellen. Vul hiervoor de bijlage bij vraag 3 in. U vult voor iedere aandoening of ziekte een apart vel in. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Gebruik dan een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vraag het vel hoort.

Als uw gezondheid verandert

Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nádat u de verklaring heeft ingevuld? Maar vóórdát de verzekering ingaat? Geef dit dan direct door aan de verzekeraar.

Heeft u:

- een definitieve bevestiging van uw acceptatie gekregen?
- de polis gekregen?
- een acceptatieblad gekregen?

Dan heeft de verzekeraar u definitief geaccepteerd.

Lees meer in de Toelichting onder het kopje 'Verandert uw gezondheid?'.

1. Algemene gegevens

Achternaam _____

man vrouw

Voornaam _____

U hoeft alleen de eerste voornaam voluit te schrijven.

Adres _____

huisnr. _____

Postcode en woonplaats _____

Geboortedatum _____

(DDMMJJJJ)

Wat is uw beroep? _____

Hoeveel uren werkt u per week? _____

uur

Uw werk bestaat uit:

Lichamelijke arbeid _____

uur

Administratie _____

uur

Leiding geven/toezicht houden _____

uur

Reizen _____

uur

Anders, nl _____

uur

Wie is uw huisarts?

Naam

Adres huisnr.

Postcode en woonplaats

Wilt u een uitleg krijgen van de medisch adviseur?

De medisch adviseur schat uw gezondheidsrisico in. Dat doet hij met deze gezondheidsverklaring. Hij kan de verzekeraar adviseren om u de verzekering niet of onder afwijkende voorwaarden aan te bieden. Doet hij dat? Dan krijgt u hierover een brief van de medisch adviseur. Daarin staat uitleg over het medisch advies.

Wilt u deze brief niet krijgen? Kruis dat dan hier aan:

Wilt u het advies als eerste horen?

U heeft het recht het medisch advies als eerste te horen. Dit heet 'het recht op eerste kennisneming'. Het duurt dan wel wat langer voordat uw verzekeringspolis ingaat. Wilt u het medisch advies als eerste horen? Dan kunt u de verzekeraar een brief schrijven. U leest in de Toelichting in de bijlage hoe dit moet.

2. Persoonlijke informatie

Hoe lang bent u?	<input type="text"/>	cm	
Hoe zwaar bent u?	<input type="text"/>	kg	
Rookt u?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Wat rookt u?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd rookt u?	<input type="text"/>
		Hoeveel rookt u gemiddeld per dag?	<input type="text"/>
Heeft u gerookt?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Wat rookte u?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd heeft u gerookt?	<input type="text"/>
		Hoeveel rookte u per dag?	<input type="text"/>
		Tot welke leeftijd heeft u gerookt?	<input type="text"/>
Drinkt u alcoholische dranken?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Welke drank(en)?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd drinkt u?	<input type="text"/>
		Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per week?	<input type="text"/>
Heeft u alcoholische dranken gedronken?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Welke drank(en)?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd dronk u?	<input type="text"/>
		Hoeveel glazen dronk u gemiddeld per week?	<input type="text"/>
		Tot welke leeftijd heeft u gedronken?	<input type="text"/>
Gebruikt u drugs?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Welke drugs gebruikt u?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd gebruikt u drugs?	<input type="text"/>
		Hoe vaak gebruikt u gemiddeld per week drugs?	<input type="text"/>
Heeft u drugs gebruikt?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Welke drugs gebruikte u?	<input type="text"/>
		Vanaf welke leeftijd gebruikte u drugs?	<input type="text"/>
		Hoe vaak gebruikte u gemiddeld per week?	<input type="text"/>
		Tot welke leeftijd heeft u drugs gebruikt?	<input type="text"/>

3. Uw gezondheidstoestand

Heeft u hiernaast een letter aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.

Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.

Let op! Kruis ook Ja aan als u:

- bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;
- bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

- A Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid.
- B Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.
- C Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van bloedvaten, embolie.
- D Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.
- E Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, embolie.
- F Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.
- G Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.
- H Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.
- I Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.
- J Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekken-instabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekkklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.
- K Aandoening, ziekte of klachten van huid, spataderen, open been, fistels, trombose.
- L Aandoening, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis).
- M Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.

Heeft u hierboven Ja aangekruist bij een of meer vragen?

- Nee
 Ja

Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte bijlage bij vraag 3 in. Dit is belangrijk.

4. Uw werk

Heeft u door ziekte of ongeval de laatste vijf jaar twee weken of langer niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt?

- Nee
 Ja

Vul dan hier in:

Hoe lang heeft u niet gewerkt? _____

Waarom heeft u niet gewerkt? _____

Wanneer heeft u niet gewerkt? _____ t/m _____

Werkt u nu wel?

- Nee Ja

Werkt u nu volledig?

- Ja
 Nee

Komt dit door een klacht, ziekte gebrek of aandoening?

- Ja Nee

Heeft u een aandoening, ziekte, klacht of gebrek aangekruist bij vraag 3? Vul dan de volgende vraag in.

Kon of kunt u onderdelen van uw werk niet doen? En komt dit door de aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek die u aankruiste bij vraag 3?

- Nee
 Ja

Welk onderdeel van uw werk kon/kunt u niet meer doen?

Sinds wanneer?

Is dit nu nog steeds zo?

- Nee Ja

5. Uw bril of contactlenzen

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

- Nee
 Ja

Sterkte links _____

Sterkte rechts _____

6. Ondertekening

U verklaart het volgende:

- U heeft de Toelichting op de gezondheidsverklaring gelezen. Deze Toelichting hoort bij het formulier.
- U heeft alle vragen beantwoord. Uw antwoorden kloppen. Dit geldt ook voor een bijlage als u die meestuurt. Daarmee voorkomt u dat de rechten uit deze overeenkomst kunnen vervallen.
- De verzekeraar beoordeelt of hij uw aanvraag accepteert. Dat doet hij mede op basis van het advies van de medisch adviseur. Dat vindt u goed. Dat geldt voor de verzekering die u nu aanvraagt. De verzekeraar gebruikt uw antwoorden ook als u later dezelfde soort verzekering aanvraagt.

Plaats

Datum

Uw handtekening (als u jonger dan 16 jaar bent: ouder/voogd)

Aantal bijlage

Heeft u het formulier helemaal ingevuld? En uw handtekening en de datum ingevuld?

Stuurt u het formulier in een gesloten envelop met de vermelding 'vertrouwelijk' naar:

Natinonale-Nederlanden

Medisch Advies

Antwoordnummer 21

2509 VB DEN HAAG

of mail het naar:

NN.Medisch.Advies.Schade@NN.NL (voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering) of

NN.Medisch.Advies.Leven@NN.NL (voor een levensverzekering met arbeidsongeschiktheidsdekking)

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Kruiste u bij vraag 3 Ja aan? Vul dan deze bijlage in. Vul voor elke aandoening een aparte bijlage in. U kunt daarvoor meer bijlagen bij ons aanvragen. Zoveel u nodig heeft. Deze vraagt u aan door te bellen met uw verzekeraar of tussenpersoon. U kunt ook zelf een kopie maken van de bijlage.

Naam verzekerde _____

Geboortedatum _____

(DDMMJJJJ)

Aandoening

Letter bij vraag 3 waar u Ja aankruiste _____

Welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht heeft u? Of heeft u gehad? _____

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit? _____

t/m _____

Huisarts

Heeft u hiervoor in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee

Ja

Zo ja, wanneer was dat? _____

Staat u nog onder controle?

Nee

Ja

Heeft u nog klachten?

Nee

Ja

Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest?

Nee

Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener? _____

Bijvoorbeeld:

- medisch specialist
- fysiotherapeut
- manueel therapeut
- consultatiebureau medewerker
- psycholoog
- psychotherapeut
- beoefenaar van een alternatieve geneeswijze, zoals homeopathie of acupunctuur

Wat is zijn specialisme? _____

Wanneer ging u naar hem toe? _____

Staat u nog onder controle?

Nee

Ja

Heeft u nog klachten?

Nee

Ja, namelijk _____

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Nee

Ja

Welke medicijnen zijn dit? _____

Gebruikt u deze nog?

Ja

in de volgende dosering _____

Nee

ik ben gestopt. Dat deed ik op _____

Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting, of andere verpleeginrichting?

Nee

Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? _____

In welk ziekenhuis? _____

Welke arts heeft u behandeld? _____

Wat is zijn specialisme? _____

Door welke arts bent u behandeld? (naam en specialisme) _____

Bent u geopereerd?

Nee

Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? _____

In welk ziekenhuis? _____

Welke arts heeft u behandeld? _____

Wat is zijn specialisme? _____

Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval?

Nee

Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? _____

Wat zijn de medische gevolgen? _____