

Medische vragen, ALTIJD in te vullen (zowel bij overlijdensverzekeringen als bij arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsverzekeringen)

1. Welk is uw lengte, respectievelijk uw gewicht? Lengte: _____ cm Gewicht: _____ kg
2. Gebruikt u alcoholische dranken? JA NEE
 Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag? Bier: ____ Wijn: ____ Sterke dranken: ____ Andere: ____
3. Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden gerookt? JA NEE
 Zo ja, hoeveel gemiddeld per dag? Sigaretten: _____ Sigaren: _____ Pijp: _____

De maatschappij behoudt zich het recht voor de kandidaat-verzekerde te vragen zich aan een nicotinetest, of een gelijkwaardig medisch onderzoek, te onderwerpen om zijn verklaring te verifiëren.

4. Gebruikt u of heeft u verdovende middelen of drugs gebruikt? JA NEE

	Zo ja, wat?	Periode? (dag/maand/jaar)
1		..... tot
2		..... tot

5. Bent u momenteel goed gezond EN arbeidsgeschikt? JA NEE

	Zo neen, wat is het probleem?	Sinds (dag/maand/jaar)
1	
2	

6. Bent u de laatste 5 jaar langer dan 3 opeenvolgende weken arbeidsongeschikt geweest om gezondheidsredenen? JA NEE

	Zo ja, waarom?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
1		...../2..... tot	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
2		...../2..... tot	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

7. Hebt u een handicap of invaliditeit? JA NEE

	Zo ja, welke handicap of invaliditeit?	Sinds (maand/jaar)	Percentage?
1	%
2	%

8. Hebt u een ziekte of aandoening? JA NEE

	Zo ja, welke ziekte of aandoening?	Sinds (dag/maand/jaar)
1	
2	

9. Bent u in het verleden langer dan 2 maanden in medische behandeling geweest? JA NEE

	Zo ja, waarom?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
1		..... tot	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
2		..... tot	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

10. Hebt u al een test voor HIV, hepatitis B en/of hepatitis C ondergaan? JA NEE
 Zo ja, was het resultaat hiervan positief (afwijkend)? JA NEE

11. Gebruikt u momenteel geneesmiddelen of inspuitingen op medisch voorschrift? JA NEE

	Zo ja, welke?	Waarom?	Sinds? (dag/maand/jaar)
1		
2		

12. Hebt u in het verleden geneesmiddelen of inspuitingen op medisch voorschrift gebruikt gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken?

JA NEE

	Zo ja, welke?	Waarom?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
1			.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
2			.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

13. Wordt een operatie of opname in een ziekenhuis, psychiatrische of andere verpleeginrichting overwogen of gepland?

JA NEE

	Zo ja, waarom?	Wanneer? (dag/maand/jaar)
1		.../.../2.....
2		.../.../2.....

14. Werd u in het verleden al eens opgenomen in een ziekenhuis, psychiatrische of andere verpleeginrichting?

JA NEE

	Zo ja, waarom?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
1		.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
2		.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

15. Lijdt u of hebt u geleden aan één of meerdere van de volgende letsels of aandoeningen aan:

De longen of luchtwegen (bv. chronische bronchitis, allergie, astma, tuberculose,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
Het hart of de bloedvaten (bv. hartinfarct, benauwdheid ter hoogte van de hartstreek, hoge bloeddruk, hartkloppingen, spataders, bloedingen, trombosen, hartritmestoornissen,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
Het bloed (bv. bloedarmoede, leukemie, myeloom,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
Het zenuwstelsel (bv. epilepsie, verlamingsverschijnselen, beroerte, multiple sclerose, Evenwichtsstoornissen)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De schildklier (bv. te traag of te snel werkende schildklier, goiter,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De slokdarm, maag of darmen (bv. slokdarmontsteking, darmontsteking met uitzondering van tijdelijke diarree, maagzweer, ziekte van Crohn,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

De spieren, gewrichten, beenderen of wervelkolom (bv. gewrichtsreuma, lumbago, discus hernia, ...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De huid (bv. psoriasis, eczeem, melanoom,....)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De lever, galblaas of pancreas (bv. hepatitis, galstenen,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De nieren of urinewegen (bv. nierstenen,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
De geslachtsorganen (bv. voor de mannen prostaat, teelballen,... of voor de vrouwen baarmoeder, eileiders,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
Lijdt u of hebt u geleden aan een kwaadaardige aandoening? (bv. tumor, gezwel, ziekte van Hodgkin,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel
Bent u onder behandeling of bent u in het verleden in behandeling geweest voor psychische aandoeningen? (bv. depressie, persoonlijkheidsstoornissen, angst,...)		JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke aandoening of letsel?	Periode (dag/maand/jaar)	Huidige toestand
	.../.../..... tot .../.../.....	<input type="checkbox"/> Volledig genezen <input type="checkbox"/> Nog in behandeling <input type="checkbox"/> Blijvend letsel

16. Lijdt u aan suikerziekte? JA NEE

17. Werden er bij een bloedafname al verhoogde waarden van suiker of cholesterol vastgesteld? JA NEE

18. Lijdt u aan een bepaalde ziekte of aandoening die niet in 15, 16 of 17 vermeld wordt? JA NEE

	Zo ja, welke ziekte of aandoening?	Sinds (maand/jaar)
1		.../.....
2		.../.....

Medische vragen, enkel in te vullen bij arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsverzekeringen

- Is het gezichtsvermogen aan één of beide ogen gestoord?
Zo ja, welke afwijking links: _____ rechts: _____? JA NEE
- Is het gehoor aan één of beide oren gestoord?
Zo ja, welke afwijking links: _____ rechts: _____? JA NEE
- Lijdt u of hebt u geleden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)? JA NEE
- Bent u momenteel zwanger?
Zo ja, zijn er verwickelingen? JA NEE
Zo ja, wat is de vermoedelijke bevallingsdatum?/.../2..... JA NEE

Verklaring

De ondergetekende verklaart volledig en waarheidsgetrouw geantwoord te hebben op bovenstaande vragen en verklaart ervan op de hoogte te zijn dat het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens waardoor de verzekeraar misleid wordt bij de beoordeling van het risico, de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst als gevolg heeft.

De verzekerde verklaart toestemming te verlenen aan iedere behandelende arts om aan de adviserende geneesheer van VIVIUM N.V. een verklaring af te geven over de doodsoorzaak.

Indien de verzekeringnemer klachten heeft in verband met dit contract, kan hij zich wenden tot hetzij de Ombudsdienst VIVIUM N.V., Desguinlei, 92 te 2018 Antwerpen, hetzij de VZW Ombudsdienst Verzekeringen, de Meeûssquare, 35 te 1000 Brussel. E-mail: info@ombudsman.as.
Dergelijke klacht sluit de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure te starten niet uit.

Mededeling overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens:

De gegevens die op u betrekking hebben, worden opgenomen in bestanden die gehouden worden om de verzekeringsovereenkomsten te kunnen opstellen, te beheren en uit te voeren. De verantwoordelijke voor de verwerking is VIVIUM N.V., Desguinlei 92, 2018 Antwerpen..

U kan van deze gegevens kennis nemen en ze indien nodig doen verbeteren. Indien u niet gecontacteerd wenst te worden in het kader van direct marketing, zullen uw gegevens op uw verzoek kosteloos uit de betrokken lijsten worden geschrapt.

Verklaring overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens:

Ondergetekende verklaart hierbij toestemming te verlenen aan VIVIUM N.V. om zijn/haar persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, te verwerken. Deze verwerking is noodzakelijk voor de beoordeling van het verzekerde risico, het beheer en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

De verzekerde stemt er bij deze mee in dat de verzekeringsonderneming VIVIUM N.V. het ESV Datassur persoonsgegevens meedeelt die relevant zijn in het exclusieve kader van de beoordeling van de risico's en van het beheer van de contracten en desbetreffende schadegevallen. Iedere persoon die zijn identiteit aantoont, heeft het recht zich tot Datassur te richten om de gegevens die op hem betrekking hebben in te zien en, in voorkomend geval, te laten rechtzetten. Om dat recht uit te oefenen moet de persoon in kwestie een gedateerd en ondertekend verzoek, samen met een kopie van zijn identiteitskaart, sturen naar het volgende adres: Datassur, dienst Bestanden, de Meeûssquare, 29 te 1000 Brussel.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening van de verzekerde (of de persoon die voor hem/haar instaat indien de verzekerde minderjarig is)

De verzekeraars zijn
voortaan extra waakzaam
om fraude op te sporen...



...u die te goeder
trouw bent, kunt
op ons rekenen.

Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.