



Het is van belang dat de kandidaat deze vragenlijst **zelf** invult en dat alle vragen duidelijk worden beantwoord om elke latere betwisting te voorkomen.

De kandidaat mag **zelf** deze vragenlijst vertrouwelijk aan de raadgevend arts van de maatschappij zenden.

Desgewenst kan hij, in plaats van deze vragenlijst in te vullen, op kosten van de maatschappij een medisch onderzoek ondergaan bij een door de maatschappij erkend arts. De naam van deze arts wordt op gewoon verzoek verstrekt.

VRAGENLIJST VOOR VERZEKERING ZONDER GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Bladzijde 1/3

Aan de maatschappij terug te sturen origineel document
waarvan de verzekerde een kopie bewaart.

IDENTITEIT

NAAM : Voornaam :

(in hoofdletters)

Geboorteplaats en -datum :

ANTECEDENTEN EN ALGEMENE INLICHTINGEN

- | | NEEN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hebt u uw dienstplicht vervuld ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo neen , waarom bent u vrijgesteld of afgekeurd ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 2. Bent u al geweigerd, voorlopig afgewezen of slechts onder speciale voorwaarden aanvaard voor een levensverzekering, ziekte-invaliditeitsverzekering of hospitalisatieverzekering ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , waarom? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 3. Bent u momenteel volledig gezond en arbeidsgeschikt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo neen , preciseer | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 4. Hebt u de laatste 12 maanden een dokter geraadpleegd ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , wanneer ? | | |
| <input style="width: 30%;" type="text"/> Waaronder ? | | |
| <input style="width: 30%;" type="text"/> | | |
| 5. Was u de laatste 5 jaar meer dan 15 dagen arbeidsongeschikt, ziek of het slachtoffer van een ongeval ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , wanneer ? | | |
| <input style="width: 30%;" type="text"/> Duur ? | | |
| <input style="width: 30%;" type="text"/> | | |
| Waarom ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 6. Lijdt u aan een invaliditeit of een lichaamsgebrek ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , welke ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Reden ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| <input style="width: 25%;" type="text"/> Toegekende graad ? | | |
| <input style="width: 10%;" type="text"/> | | |
| Sinds ? | | |
| <input style="width: 10%;" type="text"/> | | |
| 7. Neemt of nam u geneesmiddelen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , welke ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Wanneer ? | | |
| <input style="width: 15%;" type="text"/> | | |
| Hoeveel ? | | |
| <input style="width: 10%;" type="text"/> | | |
| Waarom ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 8. a) Gewicht | | |
| <input style="width: 15%;" type="text"/> | | |
| Lengte | | |
| <input style="width: 10%;" type="text"/> | | |
| b) Is uw gewicht het laatste jaar afgenomen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , hoeveel kg ? | | |
| <input style="width: 15%;" type="text"/> | | |
| Oorzaak ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 9. Gebruikt of gebruikte u verdovende middelen (drugs) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja , welke ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Wanneer voor het laatst ? | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| 10. Verbruikt u | | |
| a) tabak ? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja | | |
| <input style="width: 15%;" type="text"/> /per dag | | |
| zo neen : | | |
| <input type="checkbox"/> ik heb nooit gerookt | | |
| <input type="checkbox"/> ik ben volledig gestopt met roken sedert meer dan 2 jaar | | |
| b) alcoholhoudende drank ? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja | | |
| <input style="width: 15%;" type="text"/> glas (glazen) /per dag | | |

BEHANDELINGEN

	NEEN	JA	Zo ja, geef	
Hebt u de laatste 5 jaar een speciale behandeling ondergaan zoals :				Reden, data :
- bestraling ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- massage, botmanipulatie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- psychologische gesprekken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- bloedtransfusie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- implantaat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- orthese ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- laser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
- andere ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

ONDERZOEKEN

			Reden, data :	Resultaten :
Hebt u de laatste 5 jaar een van de volgende onderzoeken ondergaan ?				
- een electrocardiogram ? echodoppler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een radiografie, een scintigrafie, I.R.M...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een bloedonderzoek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een H.I.V.-test ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een urineonderzoek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een scanner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een elektro-encefalogram ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- een ander onderzoek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HUIDIGE OF VROEGERE AANDOENINGEN

			Reden, data :	Gevolgen :
1. Werd u of moet u binnenkort worden opgenomen in het ziekenhuis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Hebt u of moet u binnenkort een heelkundige ingreep ondergaan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Lijdt u of hebt u geleden aan een aandoening van :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard, data :	Gevolgen :
- de klieren (schildklier, krop, hypofyse,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de huid (eczeem, psoriasis, lipoom, naevus,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- het zenuwstelsel (aanvallen van epilepsie, parese, verlamming, multiple sclerose,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de psyche (depressie, overspanning, angst, zelfmoordpoging,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de zintuigen (evenwichtsstoornissen, otitis, doofheid, gezichtsstoornissen, neuritis optica, bij myopie : de graad preciseren,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- het cardiovasculair stelsel (infarct, angina pectoris, hypertensie, bloedsomloopstoornissen, hersenbloeding, arteritis, hartgeruis, hartritmestoornissen, spataders, flebitis,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de ademhalingswegen (bronchitis, tuberculose, astma, pneumothorax, longembolie, sarcoïdose,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- het spijsverteringsstelsel (maagzweer, gastritis, hepatitis, slokdarmontsteking, colitis, stenen in de galblaas, chronische diarree, Crohn, anale fistel, hernia, hemorroïden,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- het urogenitaal stelsel (nieraandoeningen, stenen, albuminurie, hematurie, prostatitis,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de beenderen en de gewrichten (reuma, artritis, artrose, aanwezig osteosynthesemateriaal, discushernia, ischias, lumbago, breuk, whiplash,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Lijdt u of hebt u geleden aan andere ziekten of aandoeningen ? (jicht, diabetes, poliomyelitis, anemie, hypercholesterolemie, kanker,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- | | NEEN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Hebt u andere afwijkingen of bijzonderheden aan te geven in verband met uw gezondheidstoestand ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke ? <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |
| 6. Naam en adres van de huisarts : | | |
| <input type="text"/> | | |

ALS HET OM EEN VROUWELIJKE KANDIDAAT GAAT

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1) Lijdt u of leed u aan een gynaecologische aandoening of een aandoening van de borsten (ovariumcyste, fibro-adenoom van de borst, condylomen,...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke ? <input type="text"/> | Wanneer ? <input type="text"/> | |
| 2) Bent u zwanger ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, hoeveel maanden ? <input type="text"/> | Verloopt de zwangerschap normaal ? | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- De meegedeelde gegevens mogen door AXA Belgium worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van de AXA Groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan. De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld. De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.

Dit vakje dient te worden aangekruist, indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over direct marketingacties van de maatschappij.

Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.

- **Ik bevestig dat de antwoorden op de bovenstaande vragen oprecht zijn en dat ik geen inlichting heb verzwegen die een invloed kan hebben op de risicoraming uit medisch oogpunt.**
- **Ik verklaar kennis te hebben van de zware gevolgen - nietigheid van het contract en dus weigering tot uitkering van de verzekerde sommen - van enig opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens.**
- Ik sta mijn arts alvast toe om de medisch adviseur van de maatschappij een attest te bezorgen met de oorzaak van mijn overlijden.
- De handtekening geldt voor alle bladzijden.

Aldus gedaan te op

Handtekening van de verzekerde (voorafgegaan door de vermelding "GELEZEN en GOEDGEKEURD")

De verzekerde zal elk bladzijde paraferen.

Eventueel wettelijke vertegenwoordiger (vader of moeder of voogd)

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.

