

Gezondheidsverklaring Ziektekostenverzekering Expatriate Insurance

1. Gegevens verzekeringnemer

Naam en voorletters:

 man vrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

2a. Doel van de gezondheidsverklaring

Het doel van de gezondheidsverklaring is de medisch adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te adviseren of en op welke voorwaarden de aangevraagde ziektekostenverzekering door de verzekeraar kan worden geaccepteerd. Het is dan ook zeer belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn, en dat dus ook ogenschijnlijk onbelangrijke klachten en medische consulten worden vermeld, ook als geen medische behandeling volgde of geen afwijkingen werden geconstateerd. Ook op vragen welke eventueel bij een eerdere gelegenheid al door u werden beantwoord, wordt opnieuw een antwoord van u gevraagd. Met een juist en volledig ingevulde gezondheidsverklaring voorkomt u dat de verzekeraar later de verzekering kan vernietigen of dat een verzoek tot uitkering kan worden geweigerd als gevolg van verzwijging. Desgewenst kunt u deze gezondheidsverklaring rechtstreeks ter attentie van de medisch adviseur inzenden.

2b. Voorinformatie medisch advies

Op grond van de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) kunt u aan de medisch adviseur van de verzekeraar verzoeken als eerste geïnformeerd te worden over het advies dat hij van plan is uit te brengen aan de verzekeraar. Vanzelfsprekend is het alleen zinvol van dit recht gebruik te maken voor het geval dat de medisch adviseur als gevolg van de verstrekte medische informatie een negatief advies dan wel een positief advies onder bepaalde voorwaarden (zoals extra premie of bepaalde uitsluitingen) aan de verzekeraar wil uitbrengen. Indien u voor de laatstgenoemde situaties gebruik wilt maken van het recht om als eerste geïnformeerd te worden, dient u een schriftelijk verzoek daartoe rechtstreeks aan de medisch adviseur van de verzekeraar te richten. U dient er rekening mee te houden dat deze procedure vertragend werkt en dus van invloed kan zijn op de ingangsdatum.

3. Gezondheidsverklaring

Alle vragen a.u.b. nauwkeurig en volledig beantwoorden; dit geldt ook voor ex-ziektefondsverzekerden die de loongrens overschrijden. Het formulier kan desgewenst rechtstreeks aan onze medisch adviseur worden ingezonden.

1.1 Zijn de te verzekeren personen lichamelijk en geestelijk volkomen gezond? ja nee

1.2 Heeft één van de te verzekeren personen een ziekte, gebrek of lichamelijke klachten? ja nee

Wie? Welke? Sinds wanneer?

nr.

nr.

2.1 Was één van de te verzekeren personen onder medische behandeling van een huisarts of specialist? ja nee

Wie? Waarvoor? Wanneer? Hoe lang (van-tot)? Volledig genezen?

nr. ja nee

nr. ja nee

2.2 Welke arts, specialist of alternatieve genezer?

Naam:

Adres:

3.1 Is het bloed van één van de te verzekeren personen wel eens onderzocht op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis A of B)? ja nee

Wie? Waarop onderzocht? Wanneer? Welk resultaat?

nr.

nr.

3.2 Heeft één van de te verzekeren personen aids of zijn in het bloed HIV-antistoffen aangetoond? (is één van de te verzekeren personen seropositief)? ja nee

Wie? Waarop onderzocht? Wanneer? Welk resultaat?

nr.

nr.

4.1 Gebruikt(e) één van de te verzekeren personen geneesmiddelen? Graag duidelijk specificeren! ja nee

Wie? Welke soort? Hoeveel? Van-tot? Waarvoor?

nr. d/m/j*

nr. d/m/j*

4.2 Door wie voorgeschreven?

Naam:

Adres:

*d = dag, m = maand, j = jaar, doorhalen wat niet van toepassing is.

5.1 Heeft één van de te verzekeren personen wel eens een fysische behandeling (fysiotherapie, heilgymnastiek, massage, chiropractie, manuele therapie of bestraling) ondergaan? ja nee

Wie?	Waarvoor?	Wanneer?	Hoe lang (van-tot)?	Volledig genezen?
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

5.2 Gebruikt of draagt één van de te verzekeren personen een hulpmiddel (bijvoorbeeld een bril, contactlenzen, prothese, orthese, pruik, beademingsapparatuur of injectiespuiten)? ja nee

Wie?	Waarvoor?	Hoe lang (van-tot)?
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Lijdt één van de te verzekeren personen of heeft één van hen geleden aan:

6.1 Hart- en vaatziekten: beklemming of pijn op de borst of in de hartstreek, trombose, spataderen, open been of een te hoge bloeddruk; ja nee

6.2 Longaandoeningen: hoesten, opgeven, bronchitis, astma, tuberculose of pleuritis; ja nee

6.3 Ziekten van het zenuwstelsel, overspanning, zwaarmoedigheid, nervositas, zenuwontsteking, kinderverlamming, hoofdpijn, flauwten, duizeligheid, toevallen, migraine enz; ja nee

6.4 Ziekten van de bewegingsorganen: rugklachten, spit, hernia, ischias, slijtage van de gewrichten, gewrichtsreuma, aandoening van spieren, schouder- of nekkklachten; ja nee

6.5 Aandoeningen: van maag, darm, galblaas, alvleesklier (suikerziekte), lever, schildklier, nieren, blaas, geslachtsorganen; ja nee

6.6 Aandoeningen: van de ogen, oren en huid, allergie (hooikoorts, eczeem e.d.); ja nee

6.7 Bloedziekte, bloedarmoede; ja nee

6.8 Verzakking, breuk; ja nee

6.9 Aangeboren afwijkingen; ja nee

6.10 Enige andere ziekte of afwijking, aandoening of gebrek hier niet genoemd? ja nee

Indien eerdergenoemde vragen met 'ja' beantwoord zijn, hieronder de bijzonderheden vermelden.

Wie?	Welke ziekte?	Hoe lang (van-tot)?	Volledig genezen?
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

7 Is bij één van de te verzekeren personen een orthodontistische behandeling (gebitsregulatie) gaande of te verwachten? ja nee Zo ja, bij wie?

8.1 Zijn alle te verzekeren personen de laatste 2 jaar minimaal 1 maal per jaar voor behandeling/ controle naar de tandarts geweest? ja nee Zo nee, wie?

8.2 Bent u ooit verwezen naar de parodontoloog? ja nee Zo ja, wie en wanneer?

8.3 Heeft een van de te verzekeren personen wel eens last van bloedend tandvlees? ja nee Zo ja, wie en hoe vaak?

8.4 Bent u thans onder behandeling van de parodontoloog? ja nee Zo ja, wie?

8.5 Is behandeling van de parodontoloog te verwachten? ja nee Zo ja, voor wie?

8.6 Is bij één van de te verzekeren personen te verwachten dat behandeling met kronen/inlay's of bruggen noodzakelijk is? ja nee Zo ja, bij wie, wanneer en welke elementen?

8.7 Ontbreken er bij één van de te verzekeren personen tanden of kiezen waarvoor geen vervanging is? ja nee Zo ja, bij wie en om welke elementen gaat het?

8.8 Bestaat bij één van de te verzekeren personen het voornemen tanden of kiezen te laten vervangen? ja nee Zo ja, bij wie en om welke elementen gaat het?

8.9 Zijn er bij de te verzekeren personen tanden of kiezen vervangen door een gedeeltelijke plaat/ frame prothese of volledige prothese? ja nee Zo ja, welke soort prothese, bij wie en sinds wanneer wordt de huidige prothese gedragen?

9.1 Heeft ooit een onderzoek naar kinderloosheid plaatsgevonden?

Wie?	Wanneer?	Welk onderzoek?	Welk resultaat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
nr.					
nr.					

9.2 Ligt zo een onderzoek in het voornemen?

ja nee

10 Heeft één van de te verzekeren personen een dieet of worden er bijzondere voedingsmiddelen gebruikt?

ja nee

Wie?	Welk dieet/middel?	Waarvoor?	Volledig genezen?
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Wie is hierbij de behandelend zorgverlener?

Naam: _____
Adres: _____

11.1 Is één van de te verzekeren personen wel eens in een ziekenhuis, herstellingsoord, rust- of verpleeghuis of dergelijke inrichting verpleegd geweest of te verwachten?

ja nee

Wie?	Waarvoor?	Datum (van-tot)?	Volledig genezen?
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

11.2 Wie was de behandelend arts?

Naam: _____
Adres: _____

12.1 Heeft één van de te verzekeren personen de laatste twee jaar de huisarts geconsulteerd?

ja nee

Wie?	Welke data?	Hoeveel maal?	Hoeveel maal?
nr.		thuis	bij huisarts
nr.		thuis	bij huisarts

12.2 In verband waarmee was dit?

Wie?	Welke klachten?	Welke behandeling?	Volledig genezen?
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

(vraag 13, 14 en 15 alleen voor vrouwen)

13 Hebben zich bij menstruatie, zwangerschap of bevalling ooit complicaties voorgedaan (bijvoorbeeld ongeregelde menstruatie, miskraam, bloedarmoede, nieraandoening, verhoogde bloeddruk, tang-/vacuüm- of andere kunstverlossing, keizersnede, doodgeboren kind, vroeggeboorte, ernstige nabloeding, rhesus-antagonisme of andere complicaties)?

ja nee

Wie?	Welke complicaties?	Wanneer?
nr.		
nr.		

14 Is het u bekend of bij eventuele zwangerschap of bevalling:

14.1 Een gynaecoloog moet worden geraadpleegd? ja nee Zo ja, waarom? _____

14.2 Ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn? ja nee Zo ja, waarom? _____

14.3 Waar hebben eventuele bevallingen plaatsgevonden? thuis ziekenhuis, Zo ja, poliklinisch opname

15.1 Bent u zwanger? ja nee

15.2 Verloopt de zwangerschap normaal? ja nee Zo nee, _____
wat zijn de klachten? _____

15.3 Wanneer verwacht u de bevalling en waar zal die plaatsvinden (thuis, ziekenhuis of polikliniek)?

Datum: _____ Waar: _____

Wie is uw huisarts?

Naam: _____
Adres: _____
Woonplaats: _____

4. Ondertekening

U bent zelf verantwoordelijk voor de juiste beantwoording van de vragen in het aanvraagformulier en de eventuele gezondheidsverklaring, ook al vult een ander het formulier voor u in. De verzekeraar moet immers aan de hand van de gegeven antwoorden een juiste inschatting van het te verzekeren risico kunnen maken. U verklaart met de ondertekening van dit formulier dat de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn beantwoord en dat u hiermee de aangevraagde verzekering wilt verkrijgen. Als later, na het afsluiten van de overeenkomst, blijkt dat u een of meer vragen onjuist of onvolledig hebt ingevuld, kan de verzekeraar de overeenkomst ongeldig verklaren, al dan niet met premierestitutie. Dit recht is vastgelegd in artikel 251 Wetboek van Koophandel.

Dit betekent bijvoorbeeld dat de verzekeraar aan u bij een schadeclaim een vergoeding kan weigeren en de overeenkomst met terugwerkende kracht kan ontbinden. Wanneer gebleken is dat u te kwader trouw hebt gehandeld, worden de betaalde premies niet terugbetaald.

Plaats:

Datum:

Handtekening kandidaat-verzekerde:

5. Klachten

Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst moeten eerst aan het interne klachtenbureau van de verzekeraar worden voorgelegd. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen wenden. Deze stichting is door de verzekeringsbedrijfstaking opgericht en er werken verschillende Ombudsmannen. Zij proberen door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of de verzekeraar de goede naam van de bedrijfstaking heeft geschaad. Adres: Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Wie geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstaking, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.