



Medische vragenlijst bij voorstel leven, arbeidsongeschiktheid en gezondheidszorgen

[VERTROUWELIJK]

- Groep Overlijden
 Individueel Gewaarborgd inkomen/invaliditeit
 Premievrijstelling

tussenpersoon

nummer

naam en adres (of stempel)

.....

CBFA-nummer

.....

referte

.....

Polisnummer (indien gekend):

.....

.....

.....

naam (voor gehuwde vrouwen enkel meisjesnaam)

voornaam

.....

.....

geboortedatum

geslacht

.....

M V

huidig adres

.....

huidig beroep/functie:

vorig beroep:

.....

Indien uw huidig beroep een zelfstandige beroepsactiviteit betreft, graag de specifieke beroepsomschrijving noteren (niet alleen bedrijfsleider, zaakvoerder, ...) en indien van toepassing, ook het percentage administratief werk.

Beroepsomschrijving:

% administratie

.....

Mag Fidea u telefonisch of via mail contacteren indien er bij de evaluatie van deze medische vragenlijst nog (bijkomende) vragen zijn?

- neen ja Zo ja, op welk nummer?

e-mail

Op welk tijdstip van de dag bent u het best bereikbaar?

1. inlichtingen betreffende lengte, gewicht, gewoontes

1. 1 gewicht:..... kg lengte:..... cm

Is uw gewicht met meer dan 5 kg vermeerderd of verminderd gedurende de 5 laatste jaren? neen ja

Zo ja, met hoeveel kg (+ of -)?

Redenen van de verandering?

Bent u hiervoor in behandeling geweest? neen ja

Zo ja welke behandeling? Wanneer?

1. 2 Kent u uw bloeddruk? neen ja

Zo ja : Bovenwaarde:

Onderwaarde:

1. 3 Bent u van plan gedurende meer dan 3 maanden buiten Europa en Noord Amerika te verblijven? neen ja

Zo ja, In welk land?

Wanneer?

Om welke reden(en)?

1. 4 Beoefent u regelmatig sporten? neen ja

Zo ja, Welke?

Competitie? neen ja

Zo ja, frequentie/niveau/klasse?

1. 5 Gebruikt u alcoholische dranken of hebt u in het verleden alcoholische dranken gebruikt? neen ja

Zo ja, Wekelijks gebruikte hoeveelheid?

wijn? glazen gemiddeld per week
bier? glazen gemiddeld per week
sterke drank of aperitief? glazen gemiddeld per week

Wanneer gestopt?

Waarom?

1. 6 Rookt u of hebt u gerookt? neen ja

Zo ja, dagelijkse hoeveelheid?

sigaretten? gemiddeld per dag
pijp? gemiddeld per dag
sigaren? gemiddeld per dag

Wanneer gestopt?

Waarom?

1. 7 Gebruikt u of hebt u verdovende middelen (drugs, hallucinerende middelen, ...) gebruikt? neen ja

Zo ja, welke?

Hoeveelheid/Frequentie?

Wanneer gestopt?

Waarom?

2. inlichtingen betreffende de huidige gezondheidstoestand

2. 1 Hebt u een handicap of bent u invalide? neen ja

Zo ja, welke?

Sinds wanneer?

Wat is de oorzaak ervan?

Percentage?

2. 2 Lijdt u momenteel aan een ziekte of een aandoening? neen ja

Zo ja, welke?

Sinds wanneer?

2. 3 a) Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden een arts geraadpleegd? neen ja

b) Hebt u binnenkort een afspraak met een arts? neen ja

c) Is er een opname in een ziekenhuis gepland? neen ja

d) Moet u binnenkort een heelkundige ingreep ondergaan? neen ja

Zo ja, op één of meerdere vragen:

Wanneer?

Waarom?

2. 4 Voor vrouwen

Bent u zwanger? neen ja

Zo ja, hoeveel maanden?

Hebben er zich complicaties voorgedaan tijdens de zwangerschap? neen ja

Zo ja, welke complicatie(s)?

Wanneer?

Gevolgde behandeling?

Huidige toestand (behandeling aan de gang, genezing, gevolgen, ...)?

2. 5 Hebt u een prothese of is er osteosynthesemateriaal (metalen of kunststofplaten, spullen, vijzen en dergelijke) ingeplant?

neen ja

Zo ja, welke?

Waar?

3. inlichtingen betreffende arbeidsongeschiktheid

3. 1 Bent u momenteel arbeidsongeschikt? neen ja

Zo ja, bent u volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (percentage)?

Sinds wanneer?

Waarom?

3. 2 Bent u tijdens de afgelopen 5 jaar volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken?

neen ja

Zo ja, waarom?

van

tot

Huidige toestand? (volledige of gedeeltelijke genezing of in behandeling, gevolgen, ...)?

3. 3 Ontvangt u een invaliditeitsrente of een -pensioen? neen ja

Zo ja, een volledige of gedeeltelijke rente (percentage)? %

Sinds wanneer?

Waarom?

4. inlichtingen betreffende een behandeling

4. 1 a) Neemt u medicijnen of hebt u medicijnen ingenomen gedurende de afgelopen 3 maanden? neen ja

b) Hebt u gedurende de afgelopen 5 jaar medicijnen ingenomen gedurende meer dan 3 weken? neen ja

Zo ja op één of meerdere vragen:

Welke?

Wanneer?

Periode:

Waarom?

Gebruik op eigen initiatief of op geneeskundig voorschrift?

4. 2 Hebt u een radioactieve behandeling of chemotherapie of een bloedtransfusie ondergaan? neen ja

Zo ja: welke?

Waarom?

Wanneer?

4. 3 Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan of werd u opgenomen in een ziekenhuis? neen ja

Zo ja: Wanneer?

Waarom? Welke ingreep?

4. 4 Andere behandelingen

Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden een kinesiotherapiebehandeling, een logopedische of psychotherapeutische behandeling ondergaan? neen ja

Zo ja: welk soort behandeling?

Waarom?

Nog in behandeling? neen ja

Zo neen: datum einde van de behandeling?

5. inlichtingen betreffende ziekten en ongevallen

Lijdt u (of hebt u geleden) aan één of meerdere ziekten (voorbeelden hieronder)?

5.1 Kanker of kwaadaardige aandoeningen Verduidelijk welk lichaamsdeel is aangetast	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.10 Hart en bloedsomloop Bijvoorbeeld: hartgeruis of -afwijking, hartinfarct, oedeem, borstpijn, hartkloppingen, aantasting van de slagaders, spataders, hoge bloeddruk, een aandoening van de kransslagaders, hersenbloeding of -trombose, hartritmestoornissen of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.2 Neus, keel en oren Bijvoorbeeld : doofheid, verminderd gehoor, heesheid, duizeligheid, chronische neusverstopping, sinusitis, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja		
5.3 Zenuwstelsel Bijvoorbeeld: krampen, verlamming, evenwichtsstoornissen, bewustzijnsverlies, gezichtsstoornissen, epilepsie, multiple sclerose, hersenbloeding, Parkinson, Alzheimer, chronische hoofdpijnen, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.11 Urinewegen Bijvoorbeeld: prostaataandoening, aanwezigheid van bloed / etter / suiker / eiwitten in de urine, incontinentie, aandoening van de nieren, nierstenkolieken, blaasontsteking, nierstenen, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.4 Ademhalingsstelsel Bijvoorbeeld: longtuberculose, chronische bronchitis of hoest, astma, tuberculose of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.12 Oogaandoeningen Bijvoorbeeld: gezichtsproblemen glaucoom, cataract, netvliesloslating of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.5 Spijverteringsstelsel of buik Bijvoorbeeld: maag- of darmbloeding, aandoeningen van de slokdarm, de maag, de dunne darm, de dikke darm of de endeldarm, leveraandoeningen (hepatitis, cirrose, ...), aandoeningen van de galblaas of de pancreas, maagbreuk of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.13 Beenderen , gewrichten, spierstelsel en skelet Bijvoorbeeld: reumatologische aandoeningen, lumbago, discushernia, scoliose, ischias, artrose, artritis, osteomyelitis, osteoporose, breuken, spieraandoeningen, aandoeningen aan de ligamenten, aan de meniscussen, aan de pezen, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.6 Mond-, kaak- en tandaandoeningen Bijvoorbeeld: malocclusie, parodontitis, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.14 Gynaecologische aandoeningen of aandoeningen aan de borsten Bijvoorbeeld: tumoren in de borsten, baarmoederaandoeningen, cyste op de eierstokken of eileiders, borsthypertrofie of -afwijking, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.7 Huidaandoeningen Bijvoorbeeld: eczeem, herpes, cyste, psoriasis, melanoom, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.15 Besmettelijke of parasitaire aandoeningen Bijvoorbeeld: HIV-besmetting, aids, malaria, seksueel overdraagbare aandoeningen, mononucleose, sepsis, brucellose, of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.8 Endocriene organen of stofwisseling Bijvoorbeeld: suikerziekte, verhoogd cholesterolgehalte, jicht, een aandoening van de schildklier of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.16 Bloedaandoeningen Bijvoorbeeld: bloedarmoede, een afwijking van de bloedstolling of het beendermerg, leukemie of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja
5.9 Psychiatrische aandoeningen of psychologische problemen Bijvoorbeeld: depressie, psychose, stress, angst, overspanning, poging tot zelfmoord, persoonlijkheidsproblemen, gedragsstoornissen, extreme vermoeidheid of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	5.17 Andere aandoeningen, gezondheidsklachten, handicaps of vormen van invaliditeit?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja

Zo ja, gelieve te preciseren:

- Om welke ziekte(n) het gaat.
- Op welk ogenblik de ziekte zich heeft voorgedaan.
- Welke de gevolgd of geplande behandeling (raadpleging, operatie, onderzoeken, ...) en de duur ervan zijn.
- Welke de huidige toestand is : (totale of gedeeltelijke genezing, in behandeling, gevolgen, ...).
- Indien u genezen bent, de datum van genezing:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. 18 Hebt u ooit een arts geraadpleegd voor rugklachten/nekklachten? neen ja
Hebt u ooit een behandeling ondergaan voor rugklachten/nekklachten? neen ja
Hebt u ooit gespecialiseerde onderzoeken ondergaan voor rugklachten/nekklachten? neen ja
Was u ooit arbeidsongeschikt ten gevolge van rugklachten/nekklachten? neen ja

Zo ja op één of meerdere vragen, omschrijf:

Aandoening:

nek rug
 discushernia blokkage artrose verschet andere

Aantal opstoten

Data?

Huidige toestand

Behandeling:

kinesitherapie osteopathie chiropraxie inspuitingen heelkundige ingreep

Onderzoek:

radiologisch onderzoek (o.a.radiografie, scan) EMG (electromyografie)

Datum en resultaat onderzoek?

Arbeidsongeschiktheid:

Periode(s)

5. 19 Hebt u een ongeval gehad met lichamelijke letsels tot gevolg? neen ja

Zo ja: gelieve te preciseren:

De datum van het ongeval

Het/de opgelopen lichamelijke letsel(s)

Duur van het bewustzijnsverlies of van de coma?

De gevolgde of geplande behandeling (raadpleging, operatie, onderzoeken, ...) en de duur ervan.
.....

De huidige toestand (totale of gedeeltelijke genezing, in behandeling, gevolgen, ...).
.....

Indien genezen, de datum van genezing

6. inlichtingen betreffende onderzoeken

- 6.1** Hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar een bloedafname ondergaan? neen ja
Zo ja: Wanneer? **Waarom?**
Vastgestelde problemen? neen ja **Zo ja:** Welke?
-
- 6.2** Hebt u de afgelopen 5 jaar een radiologisch onderzoek van de borstkas ondergaan? neen ja
Zo ja: Wanneer? **Waarom?**
Vastgestelde problemen? neen ja **Zo ja:** Welke?
-
- 6.3** Hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar een electrocardiogram ondergaan (onderzoek van het hart)? neen ja
Zo ja: Wanneer? **Waarom?**
Vastgestelde problemen? neen ja **Zo ja:** Welke?
-
- 6.4** Is tijdens de afgelopen 5 jaar uw urine onderzocht? neen ja
Zo ja: Wanneer? **Waarom?**
Vastgestelde problemen? neen ja **Zo ja:** Welke?
-
- 6.5** Hebt u gedurende de afgelopen 5 jaar een onderzoek medische beeldvorming ondergaan [radiologie, magnetische resonantie (MR), scanner, echografie, endoscopie, ...]? neen ja
Zo ja: Wanneer? **Waarom?**
Vastgestelde problemen? neen ja **Zo ja:** Welke?
-
- 6.6** Hebt u ooit een test ondergaan ter opsporing van aids, hepatitis B of hepatitis C waarvan het resultaat positief (abnormaal) is?
 neen ja
Zo ja: Welke test?
Wanneer?
-
- 6.7** Voor mannen: hebt u de afgelopen 5 jaar een PSA-test (Prostaat Specifiek Antigeen) ondergaan? neen ja
Zo ja: Wanneer?
Waarom?
Vastgestelde problemen? neen ja
Zo ja: Welke?

Ik, ondergetekende, verklaar dat mijn antwoorden in dit document oprecht, juist en volledig zijn en dat ik niets heb verzwegen dat Fidea nv kan misleiden bij de beoordeling van het risico. Ik weet dat elk opzettelijke onjuiste of onvolledige verklaring de nietigheid van de verzekering meebrengt. Ik machtig mijn behandelende arts, alsook - in voorkomend geval - de arts die de doodsoorzaak zal vaststellen, uitdrukkelijk om aan de raadgevende geneesheer van Fidea nv de benodigde medische informatie en/of een verklaring over de doodsoorzaak, af te geven.

Fidea NV, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen gebruikt de gezondheidsgegevens die u haar als betrokkene – verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde – via dit formulier ter beschikking stelt voor het sluiten, beheren of uitvoeren van uw persoonsverzekeringen. Gezondheidsgegevens zijn alle persoonsgegevens die de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand van de betrokkene betreffen en die rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de betrokkene. De toegang tot de gezondheidsgegevens is beperkt tot die categorieën van personen die ze nodig hebben voor de vermelde doeleinden. Op verzoek kunt u er een lijst van krijgen. U hebt ook het recht om mededeling te vragen van de u betreffende gezondheidsgegevens. Mochten er ondanks alles toch onnauwkeurigheden voorkomen in de gezondheidsgegevens, dan mag u uiteraard de verbetering hiervan vragen. In alle gevallen richt u uw vraag schriftelijk aan de dienst Privacy bij Fidea, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen.

Met algemene privacyvragen kunt u terecht bij de Privacycommissie (www.privacycommission.be).

Ondergetekende verklaart hierbij op basis van informatie schriftelijk zijn vrije toestemming te geven aan Fidea voor het gebruiken van zijn gezondheidsgegevens in overeenstemming met deze privacyclausule. De wettelijke vertegenwoordiger treedt op voor de handelingsonbekwame persoon (zoals de minderjarige) die hij vertegenwoordigt.

De verzekerde verklaart een afschrift van dit document te hebben ontvangen. De handtekening van de verzekerde moet worden voorafgegaan door de eigenhandig geschreven formule “gelezen en goedgekeurd” (voor minderjarigen handtekening van één van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger).

De kandidaat verzekerde is aansprakelijk voor de juistheid van de antwoorden, ook al zijn ze geschreven door een derde.

Opgemaakt te op

Handtekening voorafgegaan door “gelezen en goedgekeurd”

de kandidaat-verzekerde,

handtekening van de kandidaat verzekerde of voor minderjarigen of handelingsonbekwamen van één van de ouders of van de wettelijke vertegenwoordiger.