

Volledige Medische Vragenlijst

Vertrouwelijk

In te vullen door de te verzekeren persoon en terug te sturen ter attentie van de adviserende arts van Delta Lloyd Life, ofwel per mail naar medicalacceptance@deltalloydlife.be, ofwel per post in de daartoe voorziene omslag.

De inlichtingen die de te verzekeren persoon dient mee te delen zijn noodzakelijk voor Delta Lloyd Life om een definitieve verzekeringsofferte te maken of de aanvraag eventueel af te wijzen. Dit document verbindt noch de kandidaat-verzekeringnemer, noch Delta Lloyd Life tot het sluiten van het contract.

De te verzekeren persoon moet de medische vragenlijst zelf, volledig, duidelijk en oprecht invullen. Hij moet alle vragen beantwoorden door het vakje "Neen" of "Ja" aan te kruisen. Als het antwoord "Ja" is, moet hij ook de aanvullende vragen duidelijk beantwoorden. **Een streep of doorhaling (« / ») is geen geldig antwoord.** Een onvolledige vermelding kan een vertraagde behandeling van het dossier veroorzaken.

Opmerking

De Volledige Medische Vragenlijst heeft een geldigheid van 6 maanden vanaf de ondertekening ervan. Wordt het contract binnen deze termijn niet opgemaakt, dan moet er een nieuwe Volledige Medische Vragenlijst worden ingevuld door de te verzekeren persoon.

Vragen?

Aarzel niet om contact op te nemen met onze medische afdeling op 02 650 75 57 of via medicalacceptance@deltalloydlife.be.

NIET-MEDISCH LUIK

IDENTIFICATIE

<input type="checkbox"/> Dossier nr.:	<input type="checkbox"/> Nieuwe zaak	<input type="checkbox"/> Wijziging van een bestaand contract			
1. Naam:	2. Voornaam:	3. Geslacht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
4. Geboortedatum: /	5. Rijksregisternummer:			

LEVENSTIJL

1. a. Bent u van plan om buiten de OESO-lidstaten* te reizen of te verblijven?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke?			
<small>* Duitsland, Australië, Oostenrijk, Canada, Chili, Korea, Denemarken, Spanje, Estland, Verenigde Staten, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, IJsland, Israël, Ierland, Italië, Japan, Letland, Luxemburg, Mexico, Noorwegen, Nieuw-Zeeland, Nederland, Polen, Portugal, Slowakije, Tsjechische republiek, Verenigd Koninkrijk, Slovenië, Zweden, Zwitserland, Turkije</small>						
b. Beoefent u sporten (inclusief motorsporten)?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke?			
Wenst u deze activiteiten te dekken?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja				
2. Bent u roker?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja				
3. a. Sociale zekerheidsstelsel:	<input type="checkbox"/> Zelfstandige	<input type="checkbox"/> Bediende	<input type="checkbox"/> Arbeider	<input type="checkbox"/> Ambtenaar	<input type="checkbox"/> Militair	<input type="checkbox"/> Andere
b. Omschrijving van de beroepsactiviteiten: (Indien gepensioneerd, vermeld ook uw vorig beroep. Indien bedrijfsleider, vermeld ook de naam van het bedrijf.)	Huidig beroep:	Vorig beroep:		
c. Oefent u handenarbeid uit in het kader van uw beroepsactiviteiten?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	Hoofdberoep:	%	Activiteit:	
			Bijberoep:	%	Activiteit:	
d. Moest u van beroep veranderen omwille van uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, om welke reden(en)?			
			Welke datum(s)?			
e. Werkt u boven 15 meter?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja				

MEDISCH LUIK

<p>1. a. Uw gewicht – uw lengte kg - cm</p> <p>b. Volgt u nu of heeft u een behandeling gevolgd in verband met uw gewicht? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, preciseer:</p>		
<p>2. Heeft u een medisch advies gevraagd of een behandeling gevolgd in verband met uw verbruik van tabak, alcoholische dranken, verdovende middelen (drugs, hallucinogenen, andere)? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, preciseer:</p>		
<p>3. Lijdt u of heeft u de laatste 10 jaar geleden aan een aandoening* ? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>*Onder "aandoening" wordt verstaan, een ziekte, handicap, syndroom, gezondheidsklacht, nasleep van een ongeval met medische letsels. Komen niet in aanmerking: banale infecties zoals griep of een verkoudheid, gastro-intestinale klachten van minder dan een week. Als het antwoord Ja is, kruis het vakje aan van de betrokken aandoening en geef de gevraagde details in het voorziene kader.</p>		
Aandoening	Aanvangsdatum	Omschrijving, behandeling en huidige toestand
<p>a. Zenuwstelsel en hersenen: <input type="checkbox"/> beroerte <input type="checkbox"/> hersenbloeding of trombose en/of CVA en/of TIA</p> <p><input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> multiple sclerose en/of neuritis optica</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegie en/of dwarslaesie en/of verlamming</p> <p><input type="checkbox"/> migraine en/of chronische hoofdpijn <input type="checkbox"/> fibromyalgie</p> <p><input type="checkbox"/> chronisch vermoeidheidssyndroom <input type="checkbox"/> Parkinson en/of progressieve supranucleaire parese <input type="checkbox"/> andere</p> <p><input type="checkbox"/> spasmofilie*</p>		
<p>b. Psychische aandoeningen: <input type="checkbox"/> angst <input type="checkbox"/> depressie</p> <p><input type="checkbox"/> fibromyalgie <input type="checkbox"/> zelfmoordpoging <input type="checkbox"/> psychose</p> <p><input type="checkbox"/> schizofrenie <input type="checkbox"/> drugsgebruik <input type="checkbox"/> eetstoornis</p> <p><input type="checkbox"/> manische depressie <input type="checkbox"/> bipolaire stoornis</p> <p><input type="checkbox"/> burn-out <input type="checkbox"/> overbelasting <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> autisme</p> <p><input type="checkbox"/> bordeline syndroom <input type="checkbox"/> andere</p>		
<p>c. Hart of bloedvaten: <input type="checkbox"/> hartgeruis <input type="checkbox"/> hartmisvorming</p> <p><input type="checkbox"/> hartinfarct <input type="checkbox"/> borstkasklachten <input type="checkbox"/> hartkloppingen</p> <p><input type="checkbox"/> aandoening van de kransslagaders <input type="checkbox"/> hypertensie</p> <p><input type="checkbox"/> trombose <input type="checkbox"/> embolie <input type="checkbox"/> hartritmestoornissen</p> <p><input type="checkbox"/> aneurysma <input type="checkbox"/> flebitis <input type="checkbox"/> arteritis <input type="checkbox"/> andere</p> <p><input type="checkbox"/> spataders*</p>		
<p>d. Diabetes of glucose-intolerantie:</p> <p><input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> glucose-intolerantie</p>		
<p>e. Metabolisme, hormonen en klieren: <input type="checkbox"/> hypercholesterolemie <input type="checkbox"/> disfunctie van de schildklier</p> <p><input type="checkbox"/> hemochromatose <input type="checkbox"/> andere</p> <p><input type="checkbox"/> jicht* <input type="checkbox"/> hormonale afwijkingen*</p>		
<p>f. Ademhalingsstelsel: <input type="checkbox"/> allergie met hospitalisatie als gevolg <input type="checkbox"/> pneumonie <input type="checkbox"/> pleuritis <input type="checkbox"/> chronische bronchitis <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> emfyseem</p> <p><input type="checkbox"/> slaapapneusyndroom <input type="checkbox"/> andere</p>		
<p>g. Spijverteringsstelsel of buik: <input type="checkbox"/> oesofagitis</p> <p><input type="checkbox"/> gastritis <input type="checkbox"/> maagzweer <input type="checkbox"/> ontsteking van galblaas of van het galkanaal <input type="checkbox"/> pancreatitis <input type="checkbox"/> ziekte van Crohn <input type="checkbox"/> colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> darmpoliepen</p> <p><input type="checkbox"/> leveraandoening <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> andere</p>		

*Bijkomende aandoening(en) uitsluitend te verklaren bij onderschrijving van een waarborg arbeidsongeschiktheid

Aandoening	Aanvangsdatum	Omschrijving, behandeling en huidige toestand
h. Parasitaire infecties of andere infectieziekten: <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> malaria <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> tropische ziekten <input type="checkbox"/> andere		
i. Nieren of urinewegen: <input type="checkbox"/> nefritis <input type="checkbox"/> recidiverende blaasontsteking <input type="checkbox"/> blaaspoliepen <input type="checkbox"/> eiwit in de urine (proteïnurie) <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> nierstenen*		
j. Geslachtsorganen: - <i>Vrouw:</i> <input type="checkbox"/> aandoening van de eierstokken <input type="checkbox"/> aandoening van de baarmoeder <input type="checkbox"/> borstaandoening <input type="checkbox"/> menorrhagie/metrorragie <input type="checkbox"/> andere - <i>Man :</i> <input type="checkbox"/> aandoening van de prostaat <input type="checkbox"/> prostatitis <input type="checkbox"/> aandoening van de teelballen <input type="checkbox"/> andere		
k. Bloed, bloed- of lymfevaten: <input type="checkbox"/> anemie <input type="checkbox"/> stollingsstoornissen <input type="checkbox"/> leukemie <input type="checkbox"/> ziekte van Hodgkin <input type="checkbox"/> lymfoom <input type="checkbox"/> andere		
l. Tumoren: <input type="checkbox"/> kwaadaardige aandoeningen of kanker <input type="checkbox"/> andere		
m. Spieren en gewrichtsstelsel: <input type="checkbox"/> spierziekte <input type="checkbox"/> dystrofie <input type="checkbox"/> myasthenia <input type="checkbox"/> ontstekingsreuma <input type="checkbox"/> artritis <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> psoriatische artritis <input type="checkbox"/> artrose <input type="checkbox"/> fibromyalgie <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> breuk* <input type="checkbox"/> gewrichtsletsel* <input type="checkbox"/> spierletsel* <input type="checkbox"/> hernia* <input type="checkbox"/> lumbago* <input type="checkbox"/> rug- of nekaandoeningen* <input type="checkbox"/> jicht*		
n. Huid: <input type="checkbox"/> melanoom <input type="checkbox"/> eczeem (niet gelokaliseerd vorm) <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> andere		
o. Neus, keel, oren: <input type="checkbox"/> doofheid <input type="checkbox"/> chronische sinusitis <input type="checkbox"/> duizeligheid <input type="checkbox"/> oorsuizen <input type="checkbox"/> aandoening van de stembanden <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> cholesteatoom*		
p. Ogen: <input type="checkbox"/> verworven blindheid <input type="checkbox"/> ontsteking van de gezichtsenuw <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> glaucoom* <input type="checkbox"/> cataract* <input type="checkbox"/> verminderde gezichtsscherpte met correctie van meer dan 7 dioptrieën*		
q. Andere aandoeningen		

*Bijkomende aandoening(en) uitsluitend te verklaren bij onderschrijving van een waarborg arbeidsongeschiktheid

4. Bent u momenteel arbeidsongeschikt of bent u de laatste 5 jaar meer dan 3 opeenvolgende weken arbeidsongeschikt geweest (behalve zwangerschap of bevallingsrust)?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, waarom? Aanvangsdatum: Einddatum:
5. Heeft u de laatste 5 jaar meer dan 3 opeenvolgende weken een behandeling* gevolgd of bent u momenteel in behandeling (behalve de pil of ander contraceptiemiddel)	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke? Waarom? Aanvangsdatum: Einddatum:
* Onder "behandeling" wordt verstaan: – alle medicijnen: tabletten, zakjes, siropen, zetpillen, inademing, intramusculaire of intraveneuze prikken of baxter, – iedere andere therapeutische behandeling.		
6. Werd u de laatste 10 jaar in een hospitaal verzorgd*, gehospitaliseerd of geopereerd, of is dit voorzien in de komende 12 maanden (behalve voor een zwangerschap of bevalling)?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welk? Waarom? Aanvangsdatum: Einddatum:
* Onder hospitaal wordt verstaan iedere gezondheidszorginstelling, hospitaal, kliniek, inclusief psychiatrische instellingen, waar patiënten worden verzorgd of verblijven omwille van hun gezondheidstoestand om de ziekte te genezen of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren, of nog om de letsels te stabiliseren.		
7. Heeft u de laatste 12 maanden een arts geraadpleegd of is er in de komende 3 maanden een consultatie voorzien bij een arts (met uitzondering van de arbeidsgeneeskunde en routine check-ups)?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo Ja, waarom? Op welke datum(s) ?

LUIK OM IN TE VULLEN BIJ EEN WAARBORG ARBEIDSONGESCHIKTHEID/INVALIDITEIT

1. a. Heeft u de laatste 5 jaar een medische beeldvorming (radiologie, magnetische resonantie, scanner, echografie, endoscopie, andere) ondergaan?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, waarom? Op welke datum(s)? Vastgestelde afwijkingen:
b. Heeft een urine- of bloedonderzoek de laatste 5 jaar een aandoening aan het licht gebracht?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, waarom? Op welke datum(s)? Vastgestelde afwijkingen:
(komen niet in aanmerking: banale infecties zoals griep of een verkoudheid, gastro-intestinale klachten van minder dan een week)		
c. Heeft u de laatste 5 jaar andere onderzoeken ondergaan?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, waarom? Op welke datum(s)? Vastgestelde afwijkingen:
2. a. Werd u het slachtoffer van een (sport-, privé-, arbeids- of verkeers-) ongeval met lichamelijke schade?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, periode: Letsels: Ledematen : <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
b. Waren er gevolgen?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke? Toegekend invaliditeitspercentage: %

VERKLARING

De ondergetekende verklaart het volgende:

- Ik ben ervan op de hoogte dat met de ondertekening van dit document de dekking nog niet begint te lopen.
- Ik verbind mij ertoe Delta Lloyd Life onmiddellijk in te lichten over iedere verandering van de gegevens vermeld in dit document die zich voordoet voor het afsluiten van het contract.
- Ik ben ervan op de hoogte dat in geval van verandering van mijn gezondheidstoestand na het ondertekenen van dit document maar voor het uitgeven van de polis, Delta Lloyd Life zich het recht voorbehoudt mijn aansluiting te weigeren of andere acceptatievoorwaarden te hanteren (bijpremie, uitsluitingsclausule).
- Ik heb de vragen in dit document volledig en oprecht beantwoord.
- Ik heb alle omstandigheden nauwkeurig aangegeven waar ik weet van heb en die ik redelijkerwijs moet beschouwen als zijnde voor Delta Lloyd Life een beoordelingselement van mijn gezondheidstoestand.
- Ik verbind mij ertoe alle medische inlichtingen over mijn gezondheidstoestand te zullen opvragen bij mijn behandelende artsen, inclusief de antecedenten om mijn huidige gezondheidstoestand te bepalen, noodzakelijk voor het afsluiten en het uitvoeren van het contract, en te zullen meedelen aan de adviserende arts van Delta Lloyd Life.
- Ik geef de uitdrukkelijke toestemming aan mijn behandelende arts om een verklaring over de oorzaak van mijn overlijden af te geven aan de adviserende arts van Delta Lloyd Life, overeenkomstig artikel 61 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
- Ik geef de uitdrukkelijke toestemming aan de betrokken diensten van Delta Lloyd Life om mijn medische gegevens te verwerken, met het oog op een goed beheer van mijn dossier, overeenkomstig artikel 7, §2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

HANDTEKENING

Datum :

.....

Handtekening van de verzekerde:

X



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.

Belangrijk:

- Iedere opzettelijke verzwijging of onnauwkeurigheid in de verklaringen zal de nietigheid van het contract tot gevolg hebben overeenkomstig artikel 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
- Iedere fraude of poging tot fraude (zoals hieronder gedefinieerd) heeft de toepassing van de sancties voorzien in de toepasselijke wetgeving en/of in de algemene of bijzondere voorwaarden van het onderschreven contract tot gevolg.
- Een fraude of poging tot fraude kan in voorkomend geval aanleiding geven tot strafrechtelijke vervolging.
- Onder verzekeringsfraude wordt verstaan, het opzettelijk misleiden van een verzekeringsonderneming bij het afsluiten van een verzekeringscontract of tijdens de looptijd ervan, of bij het aangeven of tijdens de verwerking van een schadegeval, met het oog op het bekomen van een verzekeringsdekking of -prestatie.
- De te verzekerende persoon kan zich uitdrukkelijk verzetten tegen elke vorm van direct marketing. De te verzekerende persoon kan het Openbaar register van de geautomatiseerde gegevensverwerking (bijgehouden door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) raadplegen en hij heeft het recht op toegang tot en rechtzetting van de persoonsgegevens. Delta Lloyd Life heeft het recht deze gegevens aan Datassur ESV (De Meeûsquare, 29 te 1000 Brussel) mee te delen voor het beheer van de risico's.

Delta Lloyd Life NV, verzekeringsonderneming toegelaten door de NBB (Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel) en de FSMA (Congresstraat 12-14, 1000 Brussel) onder het codenummer 167 voor de Takken leven 21, 22, 23 en 27, de Tak 26 kapitalisatie en de verzekeringstakken verbonden aan de niet-leven activiteiten, uitgezonderd bijstand, met maatschappelijke zetel te Fonsnylaan 38, 1060 Brussel, België – BTW BE 0403 280 171 - RPR Brussel - Bankrekening: 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 – BIC BNAGBEBB.