



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.
De kandidaat dient een copie te nemen van de ingevulde vragenlijst en deze te bewaren.

VRAGENLIJST VOOR VERZEKERING ZONDER GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Bladzijde 1/5

NIET-MEDISCHE LUIK

Identificatie

1	Naam	
2	Voornaam	
3	Geslacht	
4	Geboortedatum	
5	Contactgegevens	Vaste telefoon: _____ Gsm: _____ E-mail*: _____

* Email adres naar waar vertrouwelijke informatie verstuurd kan worden

Levensstijl

6	Rookt u of hebt u gerookt tijdens de voorbije 12 maanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, hoeveel gemiddeld per dag? _____
7	Drinkt u gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, hoeveel? Wijn _____ glazen gemiddeld per dag Bier _____ glazen gemiddeld per dag Sterke alcohol/aperitief _____ glazen gemiddeld per dag
8	Gebruikt u of hebt u verdoovende middelen gebruikt (drugs, hallucinerende middelen, ...) tijdens de voorbije 5 jaar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, - welke? _____ - hoeveelheid/frequentie? _____ - wanneer bent u gestopt? _____
9	Hebt u een medisch advies gekregen of hebt u een behandeling gevolgd ten gevolge van uw gebruik? - van tabak, - van alcoholhoudende dranken, - van verdoovende middelen (drugs, hallucinerende middelen, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, geef toelichting: _____ _____ _____

MEDISCHE LUIK

Algemene gezondheidstoestand

10	Gewicht	_____ kg	
11	Lengte	_____ cm	
12	Hebt u een medisch advies gekregen of hebt u een behandeling gevolgd ten gevolge van uw gewicht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, geef toelichting: _____ _____ _____

Aandoeningen

13	Lijdt u of hebt u de voorbije 10 jaar aan een aandoening geleden*? * Onder "aandoening" wordt verstaan iedere ziekte, iedere handicap, ieder syndroom, iedere gezondheidsklacht, de gevolgen van een ongeval. Heeft geen betrekking op: Ongeval zonder restverschijnselen, zwangerschap zonder complicaties, spataderen, acne, vitiligo, appendicitis, prostatitis, gastro-enteritis, menopauze, genezen klierkoorts, allergische rhinitis, slapeloosheid, prikkelbare darm syndroom, obstipatie, milde infectie van de bovenste luchtweg (verkoudheid, griep, ...) Zo ja, waarover gaat het? (hieronder aankruisen en aanvullen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen												
<input type="checkbox"/> Zenuwstelsel en hersenen: beroerte, verlamming, epilepsie, multiple sclerose, zenuwontsteking, ...														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
<input type="checkbox"/> Psychische aandoeningen: depressie, zelfmoordpoging, neurose, psychose, schizofrenie, middelenmisbruik, eetstoornis, burn-out, ...														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
<input type="checkbox"/> Hart en bloedvaten: hartgeruis of -afwijking, hartinfarct, borstpijn, hartkloppingen, aantasting van de (krans) slagaders, hoge bloeddruk, hersenbloeding of trombose, hartritmestoornissen, aneurysma, ...														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
<input type="checkbox"/> Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
<input type="checkbox"/> Stofwisseling, hormonen en klieren: verhoogd cholesterolgehalte, jicht, aandoening van de schildklier, hemochromatose, hormoonafwijkingen...														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
<input type="checkbox"/> Ademhalingsstelsel: chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose, slaap-apnoesyndroom, sarcoidose, mucoviscidose, ...														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Omschrijving en behandeling</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Begindatum</th> <th style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Huidige toestand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">___/___/___</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____	_____	___/___/___	_____
Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												
_____	___/___/___	_____												

Spijverteringsstelsel of buik: aandoening van de slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, pancreas, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Infectie of parasitaire ziekte: hepatitis B of C, HIV, AIDS, malaria, geslachtsziekten, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Nieren of urinewegen: nierontsteking, nierstenen, blaasontsteking/poliepen, eiwit (proteïne) in de urine, hematurie, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Geslachtsorganen:

Vrouwen: baarmoeder- of borstaandoeningen, overvloedig bloedverlies, ...

Mannen: prostaat, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Bloed of lymfeklieren: bloedarmoede, afwijking van bloedstolling of beendermerg, leukemie, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Spieren en gewrichten: reuma, artritis psoriatica, auto-immuun ziekten andere dan thyreoïditis, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Huid: melanoom, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

 Ogen: oogzenuwontsteking, dubbelzien, ...

Omschrijving en behandeling	Begindatum	Huidige toestand
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____
_____	___/___/___	_____

Arbeidsongeschiktheid

14	Bent u momenteel arbeidsongeschikt of bent u tijdens de voorbije 5 jaar arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken? Heeft geen betrekking op: zwangerschap zonder complicaties	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, - waarom? _____ _____ - wanneer? _____ _____ - duurtijd? _____ _____
----	---	--	---

Behandeling

15	Hebt u tijdens de voorbije 5 jaar een behandeling* ondergaan gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken of wordt u momenteel behandeld? Heeft geen betrekking op: Voedingssupplementen, vitamines, vervangingshormonen bij de menopauze, anticonceptie, slaapmiddelen <i>*Onder "behandeling" wordt verstaan:</i> - alle geneesmiddelen: pastilles, tabletten, zakjes, siropen, zetpillen, inhalaties, intramusculaire of intraveneuze prikken of baxters. - iedere andere therapeutische behandeling.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, - welke? _____ _____ _____ - waarom? _____ _____ _____ _____
----	---	--	--

Hospitalisatie

16	Bent u tijdens de voorbije 5 jaar opgenomen in een ziekenhuis* of geopereerd of is dit gepland tijdens de komende 12 maanden? Heeft geen betrekking op: Bevalling zonder complicaties, verwijderen appendix, verwijderen verstandskiezen, tonsillectomie, vegetatie, cataract, geassisteerde voortplanting, sterilisatie, cosmetische chirurgie, chirurgie voor bijziendheid, chirurgie aan het neustusenschoot. <i>"Onder "ziekenhuis" wordt verstaan iedere instelling voor medische verzorging, hospitaal, kliniek, met inbegrip van psychiatrische instellingen, waar patiënten worden verzorgd of verblijven ten gevolge van hun gezondheidstoestand teneinde de ziekte te behandelen of te verzachten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren, of de letsels te stabiliseren.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, - waarom? _____ _____ _____ - wanneer? _____ _____ - duurtijd? _____ _____
----	---	--	--

Raadpleging bij een arts

17	Hebt u tijdens de voorbije 12 maanden een arts geraadpleegd of is er een raadpleging bij een arts gepland tijdens de komende 3 maanden? Heeft geen betrekking op: Gewone gynaecologische zorg, check-ups, preventieve onderzoeken (mammografie, colonoscopie, ...), milde infectie van de bovenste luchtwegen (verkoudheden, griep, ...), verstuikingen, verrekkingen, blaasontsteking, spataderen, gastro-enteritis.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, - waarom? _____ _____ _____ - wanneer? _____ _____
----	---	--	--

- 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 en tevens om de cliënteel in te lichten over zijn commerciële acties (direct marketing). 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.
- De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van hun elektronische gegevens om per elektronische post – ook via sms en/of mms –, per fax of door een geautomatiseerd oproepsysteem te worden ingelicht over de commerciële acties (direct marketing) van de ondernemingen van de AXA Groep.
- 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-versokopie van de identiteitskaart aan AXA Belgium - Privacy (044/895), Vorstlaan 25 te 1170 Brussel (privacy@axa.be) te worden gezonden.
- Dit vakje dient te worden aangekruist indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over de commerciële acties (direct marketing) van de ondernemingen van de AXA Groep.
- 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 oorzaken 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 elke 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.

