

EXPATPLUS AANVRAAGFORMULIER PARTICULIEREN



Zorg er voor dat dit formulier volledig is ingevuld (in drukletters) en ondertekend door de aanvrager. De aanvrager of tussenpersoon stuurt dit formulier, samen met alle bewijsstukken, naar:

ExpatPlus | P.O. Box 69 | 2140 Antwerpen | België
info@expatplus.com | F + 32 3 663 73 14

Erkend ExpatPlus agent:

--	--

1. Gegevens aanvrager

Naam		Voornaam	
Titel		Geboortedatum (d - m - j) / /	
Burgerlijke staat		Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Beroep		Land van verblijf	
Oefent u professionele activiteiten uit in de lucht, ondergronds of onder water?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Nationaliteit		Nr. identiteitskaart	
Adres thuisland			
Postcode		Plaats	Land
Adres land van verblijf			
Postcode		Plaats	Land
Telefoonnr. privé		Telefoonnr. werk	
GSM nr.		Fax	
E-mailadres privé		E-mailadres werk	

2. Gegevens bedrijf (indien van toepassing)

Naam bedrijf		
Adres		
Postcode	Plaats	Land

3. Gegevens van alle te verzekeren personen

Vul onderstaande gegevens in voor personen die u wenst te verzekeren onder deze polis. De te verzekeren personen kunnen uw partner of kinderen ten laste jonger dan 28 jaar zijn.

Naam	Voornaam	Relatie	Geslacht	Geboortedatum (d - m - j)
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /

5.00.104nvc (0110)

4. Gewenste aanvangsdatum

Aanvangsdatum (d - m - j)

5. Uw ExpatPlus verzekering

Verzekeringsgebied	<input type="checkbox"/> Wereldwijd	<input type="checkbox"/> Wereldwijd exclusief VS & Canada				
Basisverzekering		Globe <input type="checkbox"/>	Orbit <input type="checkbox"/>	Universe <input type="checkbox"/>		
Eigen Risico Niet-klinische Medische Behandelingen	€ 0 / £ 0 / \$ 0 / CHF 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	€ 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NVT		
	€ 300 / £ 200 / \$ 375 / CHF 450	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	€ 500 / £ 325 / \$ 625 / CHF 750	NVT	NVT	<input type="checkbox"/>		
	€ 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500	NVT	NVT	<input type="checkbox"/>		
Aanvullende Verzekeringen ¹	Tandverzorging ² Basic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Comprehensive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Overlijden en Invaliditeit t.g.v. Ongeval Te verzekeren kapitaal van € / £ / \$ / CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid ⁴ Gewenst maandelijks vervangingsinkomen van € / £ / \$ / CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Blijvende Arbeidsongeschiktheid ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Munteenheid	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> CHF		
Taalkeuze online afrekeningnota's	<input type="checkbox"/> EN	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> IT

6. Begunstigden bij overlijden (enkel in te vullen indien u de Aanvullende Verzekering Overlijden en Invaliditeit t.g.v. Ongeval afsluit)

Ik verklaar dat in het geval van overlijden, elke schadevergoeding waarop ik krachtens de ExpatPlus verzekering recht heb aan de vermelde personen hieronder of, bij gebrek hieraan, aan mijn wettelijke erfgenamen zal worden betaald. De benoeming van de begunstigden in geval van overlijden kan slechts door de ondergetekende worden gewijzigd.

Naam	Voornaam	Relatie	Aandeel kapitaal (%)

1 De Aanvullende Verzekeringen kunnen alleen onderschreven worden als aanvulling op de Basisverzekering. Zij worden niet afzonderlijk aangeboden.

2 De Aanvullende Verzekering Tandverzorging kan enkel afgesloten worden voor de hele familie en de minimum duurtijd is 1 jaar (tenzij het contract wordt stopgezet).

3 Bij overlijden ontvangen de begunstigden het verzekerde kapitaal met een minimum van € 50.000 / 32.500 / \$ 62.500 / CHF 75.000 en een maximumbedrag van € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000 / CHF 750.000.

4 Uw uitkering kan maximaal oplopen tot € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500 / CHF 15.000 en bedraagt minimaal € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500. U kunt maximaal 80% van uw huidige brutomaandloon verzekeren.

5 De Aanvullende Verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel in combinatie met de verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid afgesloten worden.

7. Betalingswijze

Overschrijving	<input type="checkbox"/> Jaarlijks	<input type="checkbox"/> Halfjaarlijks	<input type="checkbox"/> Driemaandelijks
Kredietkaart	<input type="checkbox"/> Jaarlijks	<input type="checkbox"/> Halfjaarlijks	<input type="checkbox"/> Driemaandelijks

8. Machtiging van automatische incasso

Kredietkaart	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> Eurocard	<input type="checkbox"/> AMEX
Nr. kredietkaart	Vervaldatum		CVC code ⁶	
Naam kaarthouder ⁷				
Adres kaarthouder (indien verschillend van adres op p. 1)				

Ik, ondergetekende, geef toelating aan Vanbreda International om vanaf heden en tot uitdrukkelijke herroeping alle vorderingen van Vanbreda International op mijn naam te innen. Ik breng Vanbreda International onmiddellijk op de hoogte indien mijn kaart verloren of gestolen is en/of indien ik mijn rekening wens op te zeggen of mijn volmacht op te heffen.

Datum	Handtekening rekeninghouder ⁷
-------	--

9. Informatie bankrekening (voor de terugbetaling van medische kosten)

Naam rekeninghouder	
Rekeningnummer (IBAN nr. voor Europese landen)	
Volledige naam en adres van de bankinstelling	
BIC / SWIFT code	ID Bank (indien van toepassing)

10. Slotverklaring

- Ik vraag hierbij dekking aan namens alle personen die in dit aanvraagformulier worden genoemd.
- Ik bevestig dat de antwoorden op bovenstaande vragen naar beste weten, oprecht, naar waarheid en volledig zijn en wanneer de vragen door anderen zijn ingevuld mij ervan te hebben overtuigd dat de antwoorden juist zijn ingevuld.
- Met de ondertekening van dit aanvraagformulier aanvaard ik dat bij de aanvangsdatum deze verzekering onderworpen is aan de polisvoorwaarden. Ook bevestig ik dat ik de volledige definities, de vergoedingen, de uitsluitingen en de voorwaarden van de verzekeringspolis heb gelezen en begrepen.
- Ik bevestig en geef Vanbreda International mijn toestemming de meegedeelde persoonsgegevens, verkregen in dit aanvraagformulier of elders, te verwerken of over te maken aan om het even welke organisatie met het oog op volgende doeleinden: 1) de aanvaarding van risico's en klantenservice 2) de betaling van de vergoedingen 3) prospectie- en promotiedoeleinden van Vanbreda International of ondernemingen die in verbinding staan 4) het beheer van het contract en de schadegevallen.
- Ik aanvaard verder dat waar bedragen voor een periode van meer dan 15 dagen na ontvangst van verwittiging aan Vanbreda International verschuldigd blijven, mijn verzekeringspolis automatisch zal worden opgeschort zonder terugbetaling van premie.

Datum	Handtekening aanvrager
-------	------------------------

⁶ CVC code (Code Validation Carte) zijn de 3 laatste cijfers van de code op de achterzijde van uw kredietkaart.

⁷ Enkel in te vullen indien de rekeninghouder tot wie de kaart behoort niet de geadresseerde van de premieberichten is.

Alle vragen moeten volledig en nauwkeurig beantwoord worden voor elke te verzekeren persoon aangegeven op het aanvraagformulier. Indien u 'Ja' hebt aangekruist, dient u bijkomende informatie te geven op de laatste pagina.

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam								
Geboortedatum (d - m - j)								
1. Lengte / Gewicht								
	cm		cm		cm		cm	
	kg		kg		kg		kg	
2. a. Verkeert u in goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Is uw arbeidsgeschiktheid verminderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Bent u gedurende de laatste 5 jaar arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 4 opeenvolgende weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3. Hebt u geleden of lijdt u aan één of meerdere van de volgende aandoeningen:								
a. luchtwegen: astma, aanhoudende of chronische bronchitis, longontsteking, tuberculose, andere longaandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. hart -en vaatziekten: hoge bloeddruk, problemen met de bloedsomloop, infarct, hartkloppingen, hartafwijkingen, beroerte, aderonsteking, spataders, andere hartafwijkingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. zenuwstelsel: epilepsie, misselijkheid, verlamming, zenuwinzinking, depressie of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hebt u al geprobeerd zelfmoord te plegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. spijsvertering: hiatus hernia, maagzweer, zweer aan de twaalfvingerige darm, of maag- of darmproblemen, zoals ontstekingen, bloedingen, aambeien, geelzucht, ziekten aan de lever, galblaas, alvleesklier?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. urogenitaal: nieraandoeningen, urineleider, gal, prostaat, urinekanaal, bloed of albumin in de urine, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. metabolisme of bloed: suikerziekte, melitis, hypercholesterolemie, jicht, schildklier of hormonale storingen, stollingsstoornissen of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
g. immuunsysteem of besmettelijke ziekten: AIDS, HIV, seksueel overgedragen ziekten, hepatitis, tropische ziekten, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
h. huid: eczema, allergieën, psoriasis, schimmelziekten, huidkanker of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
i. beendergestel, gewrichten of rug: (beenderen, verbindingen, ruggengraat, tussenwervelschijven, spieren, ligamenten, pezen) zoals rugpijn, hals en schouders, artritis, reuma of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
j. zicht: verminderde visuele scherpte of brekingsmogelijkheid, netvliesziekte of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
k. gehoor: gehoorproblemen, ontsteking of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
l. andere ziekten, stoornissen of problemen niet vermeld hierboven: aangeboren gebreken, misvormingen, tumor, kanker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geboortedatum (d - m - j)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Bent u al slachtoffer geweest van een ongeval , ziekte of intoxicatie met een ziekenhuisopname of operatie tot gevolg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5. a. Bent u al onderzocht, in behandeling of opgenomen geweest in een ziekenhuis of andere verpleeginstelling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Heeft men u een rustkuur, een dieet, een ontwenningkuur of een andere kuur voorgeschreven of is deze kuur gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Moet u in de komende maanden opgenomen worden in het ziekenhuis of is er een operatie gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Werd u de laatste 5 jaar behandeld door een:								
• psychotherapeut? (bv. psychiater, psycholoog)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
• kinesist of een chiropracticus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Hebt u al geneesmiddelen voorgeschreven gekregen voor een periode van meer dan 4 weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. Hebt u al een behandeling met radioactieve stoffen, radio-isotopen ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6. Hebt u de laatste 5 jaar één van volgende onderzoeken ondergaan: röntgenfoto, CT-scan, magnetische resonantie (NMR), echoscopie, echografie, elektrocardiogram, elektroencefalogram, endoscopie of andere onderzoeken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7. Hebt u al een AIDS onderzoek ondergaan met een (mogelijk) positief HIV resultaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8. a. Sport u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Drinkt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Neemt u pijnstillers, slaaptabletten, kalmeringsmiddelen of andere geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Neemt u of hebt u al verdovende middelen (drugs) genomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9. a. Welke arts hebt u het laatst geraadpleegd?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
b. Hebt u de laatste 5 jaar andere artsen bezocht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Welke arts is het meest vertrouwd met uw medische geschiedenis?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
10. Enkele voor vrouwelijke kandidaten:								
a. Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, verloopt de zwangerschap normaal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Hebt u al gynaecologische stoornissen of een borstkwaal gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Hebt u een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan of gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Alle vragen moeten volledig en nauwkeurig beantwoord worden voor elke te verzekeren persoon aangegeven op het aanvraagformulier. Indien u 'Ja' hebt aangekruist, dient u bijkomende informatie te geven op de laatste pagina.

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam								
Geboortedatum (d - m - j)								
1. Lengte / Gewicht								
	cm		cm		cm		cm	
	kg		kg		kg		kg	
2. a. Verkeert u in goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Is uw arbeidsgeschiktheid verminderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Bent u gedurende de laatste 5 jaar arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 4 opeenvolgende weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3. Hebt u geleden of lijdt u aan één of meerdere van de volgende aandoeningen:								
a. luchtwegen: astma, aanhoudende of chronische bronchitis, longontsteking, tuberculose, andere longaandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. hart -en vaatziekten: hoge bloeddruk, problemen met de bloedsomloop, infarct, hartkloppingen, hartafwijkingen, beroerte, aderonsteking, spataders, andere hartafwijkingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. zenuwstelsel: epilepsie, misselijkheid, verlamming, zenuwinzinking, depressie of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hebt u al geprobeerd zelfmoord te plegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. spijsvertering: hiatus hernia, maagzweer, zweer aan de twaalfvingerige darm, of maag- of darmproblemen, zoals ontstekingen, bloedingen, aambeien, geelzucht, ziekten aan de lever, galblaas, alvleesklier?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. urogenitaal: nieraandoeningen, urineleider, gal, prostaat, urinekanaal, bloed of albumin in de urine, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. metabolisme of bloed: suikerziekte, melitis, hypercholesterolmie, jicht, schildklier of hormonale storingen, stollingsstoornissen of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
g. immuunsysteem of besmettelijke ziekten: AIDS, HIV, seksueel overgedragen ziekten, hepatitis, tropische ziekten, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
h. huid: eczema, allergieën, psoriasis, schimmelziekten, huidkanker of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
i. beendergestel, gewrichten of rug: (beenderen, verbindingen, ruggengraat, tussenwervelschijven, spieren, ligamenten, pezen) zoals rugpijn, hals en schouders, artritis, reuma of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
j. zicht: verminderde visuele scherpte of brekingsmogelijkheid, netvliesziekte of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
k. gehoor: gehoorproblemen, ontsteking of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
l. andere ziekten, stoornissen of problemen niet vermeld hierboven: aangeboren gebreken, misvormingen, tumor, kanker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geboortedatum (d - m - j)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Bent u al slachtoffer geweest van een ongeval , ziekte of intoxicatie met een ziekenhuisopname of operatie tot gevolg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5. a. Bent u al onderzocht, in behandeling of opgenomen geweest in een ziekenhuis of andere verpleeginstelling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Heeft men u een rustkuur, een dieet, een ontwenningkuur of een andere kuur voorgeschreven of is deze kuur gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Moet u in de komende maanden opgenomen worden in het ziekenhuis of is er een operatie gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Werd u de laatste 5 jaar behandeld door een:								
• psychotherapeut? (bv. psychiater, psycholoog)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
• kinesist of een chiropracticus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Hebt u al geneesmiddelen voorgeschreven gekregen voor een periode van meer dan 4 weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. Hebt u al een behandeling met radioactieve stoffen, radio-isotopen ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6. Hebt u de laatste 5 jaar één van volgende onderzoeken ondergaan: röntgenfoto, CT-scan, magnetische resonantie (NMR), echoscopie, echografie, elektrocardiogram, elektroencefalogram, endoscopie of andere onderzoeken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7. Hebt u al een AIDS onderzoek ondergaan met een (mogelijk) positief HIV resultaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8. a. Sport u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Drinkt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Neemt u pijnstillers, slaaptabletten, kalmeringsmiddelen of andere geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Neemt u of hebt u al verdovende middelen (drugs) genomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9. a. Welke arts hebt u het laatst geraadpleegd?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
b. Hebt u de laatste 5 jaar andere artsen bezocht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Welke arts is het meest vertrouwd met uw medische geschiedenis?	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
10. Enkele voor vrouwelijke kandidaten:								
a. Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, verloopt de zwangerschap normaal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Hebt u al gynaecologische stoornissen of een borstkwaal gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Hebt u een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan of gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

