

Aanmelding/gezondheidsverklaring Collectieve Arbeidsongeschiktheidsverzekering

(Let op! Alle bedragen dienen in euro's ingevuld te worden)

Verzekeringnemer

Dit formulier heeft uitsluitend betrekking op de te verzekeren persoon. U kunt dit formulier, na het volledig en naar waarheid te hebben ingevuld en ondertekend, inzenden aan de medisch adviseur van De Amersfoortse.

Verklaring van de te verzekeren persoon

(geen strepen als antwoord)

Naam en voornamen: man vrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

Werkzaam bij: sinds:

Werkzaamheden: salaris: €

Bent u: gehuwd ongehuwd weduwnaar weduwe gescheiden

Sinds wanneer?

Familiegeschiedenis

		leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	jaar van overlijden	doodsoorzaak
(eigen) vader		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(eigen) moeder		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
echtgeno(o)t(e)/partner		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
broers, aantal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zusters, aantal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kinderen, aantal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Bent u thans gezond? ja nee **toelichting** (bij elke ziekte of klacht volledig vermelden: Welke? Wanneer? Hoe lang? Röntgenfoto's? Hoe lang niet gewerkt?)

2 Hebt u of hebt u ooit gehad:

a	aandoeningen/klachten van oren, ogen, mond, neus of keel;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
b	pleuritis, astma, bronchitis, langdurig hoesten, andere aandoeningen/klachten van de luchtwegen of longen;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
c	ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
d	hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
e	suikerziekte, schildklieraandoening, jicht, verhoogd cholesterol;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
f	aandoeningen/klachten van maag, darmen, galblaas, lever, alveesklier;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
g	aandoeningen/klachten van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
h	suiker, eiwit, of andere afwijkingen in de urine;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
i	aandoeningen/klachten van ledematen of gewrichten w.o. de knieën (bijv. meniscusletsel), acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouder-pijnen; tennisarm;	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>

- j rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug of andere rugafwijkingen; ja nee _____
- k overwerktheid, overspanning, hyperventilatie, depressie, zenuwziekte, andere psychische klachten; ja nee _____
- l (kinder-)verlamming, toevallen, duizelingen, hoofdpijnen; ja nee _____
- m bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten; ja nee _____
- n huidaandoeningen of klachten, hooikoorts, eczeem, allergie, fistels; ja nee _____
- o trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij lopen; ja nee _____
- p tropische ziekten; ja nee _____
- q enige aandoening/klacht, ziekte of aangeboren of verkregen afwijking, hier niet genoemd? ja nee _____

3 Wat zijn uw lengte en gewicht? Lengte _____ cm Gewicht _____ kg

4 Draagt u een bril of contactlenzen? ja nee Zo ja, wat is de sterkte van de glazen/lenzen? rechts _____ links _____
 Is uw gezichtsvermogen (met bril of lenzen) normaal? ja nee

5 Is uw gehoor normaal? ja nee Zo nee, welke klachten? _____

6 Wordt u thans nog behandeld? ja nee Zo ja, door wie? Waarvoor? _____

7 Staat u thans nog onder controle? ja nee Zo ja, van wie? Waarvoor? _____

8 Gebruikt u geneesmiddelen? ja nee Zo ja, welke? _____

9 Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? ja nee

10a Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk niet kon werken? ja nee
 Zo ja, welke klachten had u en/of welk letsel liep u op en wanneer? _____
 Wanneer en hoe lang kon u niet (volledig) werken? _____

b Bent u thans volledig arbeidsgeschikt? ja nee

11 Bent u weleens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manuele therapie)? ja nee
 Wie? _____
 Waar? _____
 Wanneer? _____
 Waarvoor? _____

12 Bent u ooit in een ziekenhuis, kliniek, sanatorium of inrichting opgenomen geweest? ja nee
 Wanneer? _____
 Waarvoor? _____
 Geopereerd? _____

13 Zijn er wel eens röntgenfoto's van u gemaakt? ja nee Zo ja, van welk lichaamsdeel? _____
 Wanneer en hoe was de uitslag? _____

14 Is uw bloed weleens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? ja nee
Waarom?
Wanneer?
Waarop?
Resultaat?

15a Hebt u aids? ja nee
b Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)? ja nee
c Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? ja nee
Wanneer?
Welk land?
d Gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs? ja nee
e Wordt u, of bent u de afgelopen periode van vijf jaren behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening? ja nee

16 Gewoonten (thans, maar ook in het verleden).
Rookt(e) u? Hoeveel per dag? Sedert welke leeftijd? ja nee per dag, vanaf jaar
Gebruikt(e) u alcohol? Welke dranken? Hoeveel per dag? ja nee
Gebruikt(e) u drugs? ja nee

17 Bent u afgekeurd, bijv. voor een betrekking, militaire dienst of bloeddonaties? ja nee Zo ja, waarom?

18 Alleen voor vrouwen
Hebt u of heeft u ooit gehad:
a menstruatiestoornissen ja nee Zo ja, sinds wanneer?
b gynaecologische aandoeningen ja nee
c miskramen? ja nee
Bent u op dit moment zwanger? ja nee

19 Bent u voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd? ja nee Zo ja, wanneer?
Zo ja, bent u steeds aangenomen op normale voorwaarden? ja nee
Of tegen hogere premie, verkorting van duur of uitsluitingen? ja nee

20 Zijn er nog omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid die bij de beantwoording van bovenstaande vragen niet werden vermeld? ja nee Zo ja, welke?

Ondertekening

Ik, kandidaat-verzekerde, verklaar dat de gestelde vragen door mij zijn begrepen en eigenhandig naar waarheid en volledig zijn beantwoord. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave De Amersfoortse van haar verplichtingen kan ontslaan.

Plaats: Datum: Jaar:

Handtekening verzekeringnemer:

