



Kreeg u een medisch advies of volgde u een behandeling voor uw gewicht?

Ja  Neen

Zo ja, om welke reden?

Wat is uw dagelijks verbruik (aantal glazen)?

Bier:

Wijn:

Alcohol:

Aperitief:

Rookt u?  Ja  Neen

Zo ja, dagelijks verbruik:

Hebt u vroeger gerookt?  Ja  Neen

Wanneer en waarom bent u gestopt?

Gebruikt u, of hebt u drugs of verdovende middelen gebruikt, ook sporadisch?  Ja  Neen

Zo ja, welke?

Wanneer en waarom bent u gestopt?

Kreeg u een medisch advies of volgde u een behandeling voor het gebruik van tabak, alcoholische dranken en/of doping (drugs, hallucinogenen)?

Ja  Neen

Zo ja, welke?

Oefent u gevaarlijke beroepsactiviteiten en/of beroepsactiviteiten op een hoogte van meer dan 4 meter uit?

Ja  Neen

Zo ja, welke?

Bent u van plan om buiten Europa te reizen of verbleef u daar meer dan 3 maanden?

Ja  Neen

Zo ja, in welk(e) land(en), wanneer en voor hoelang?

Oefent u gevaarlijke of risicovolle sporten (zoals parapente, basejumping, boksen) of hobby's uit, of een betalende sport in competitieverband?

Ja  Neen

Zo ja, welke?

Hoe vaak?

Ja Neen

3 a. Voor de personen van het vrouwelijke geslacht, bent u zwanger?

Zo ja, voorziene bevallingsdatum:

/  /

Hebt u al zwangerschapsproblemen gehad?

Wanneer?  /  /

Welke?

b. Bent u momenteel arbeidsongeschikt?

Bent u volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?

%

Sinds wanneer?  /  /

Waarom?

c. Bent u tijdens de afgelopen 5 jaar deels of volledig arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 weken?

Wanneer?  /  /

Waarom?

Huidige toestand:

d. Hebt u een ongeval gehad met lichamelijke schade tot gevolg?

Wanneer?  /  /

Lichamelijke letsels?

Behandelingen?

Nasleep:

e. Bent u invalide?

Graad?    %

Sinds wanneer?  /  /

Welke invaliditeit?

f. Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden een arts of een specialist geraadpleegd?

Wanneer?  /  /

Waarom?

	Ja	Neen
g. Moet u binnenkort een arts of een specialist raadplegen? Wanneer? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Wat is uw bloeddruk (boven- en onderwaarden)? <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>		
4 a. Hebt u de 3 laatste maanden geneesmiddelen gebruikt? Welke? <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hebt u de 5 afgelopen jaren, gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken geneesmiddelen gebruikt? Welke? <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hebt u de afgelopen 12 maanden, een dieet gevolgd of hebt u een behandeling ondergaan met kinesitherapie, psychotherapie, homeopathie, osteopathie, logopedie, chiropraxis of acupunctuur? Welk soort behandeling? <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/> Nog in behandeling? <input type="text"/> Einddatum behandeling: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hebt u de afgelopen 5 jaren een behandeling ondergaan (niet medicamenteus) gedurende meer dan 3 weken? Welk soort behandeling? <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Neen
Periode? <input type="text"/> Huidige toestand: <input type="text"/>		
e. Hebt u een radioactieve behandeling of chemotherapie ondergaan? Welke? <input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hebt u al een bloedtransfusie ondergaan? Wanneer? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Werd u gedurende de laatste 10 jaar opgenomen of behandeld in een ziekenhuis? <sup>1</sup> Wanneer? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moet u de volgende 12 maanden in een ziekenhuis verzorgd of geopereerd worden? Wanneer? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Waarom? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – 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.		
5 Onderging u tijdens de laatste 5 jaren:		
a. een radiologisch onderzoek van de borstkas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. een ander onderzoek medische beeldvorming (scanner, radiografie, magnetische resonantie, echografie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. een electrocardiogram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. een elektro-encefalogram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. een bloedonderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. een urineonderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. een PSA test (prostaat specifiek antigeen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. een test ter opsporing van AIDS of hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. een ander gespecialiseerd onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien uw antwoord JA is voor een van de onderzoeken 5.a. tot 5.i., gelieve dan voor elk onderzoek de datum, waarom u het onderging en welke de vastgestelde problemen waren te specificeren.

6 Lijdt u of hebt u geleden aan een of meerdere ziektes hieronder:

- |   | Ja                       | Neen                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <b>Aandoeningen van het zenuwstelsel of van de hersenen:</b> hoofdpijn, duizeligheid, bewustzijnsverlies, stuip trekking, epilepsie, verlamming, zenuwontsteking, hersenbloeding, multiple sclerose, Parkinson, Alzheimer, andere?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Aandoeningen van het ademhalingsstelsel:</b> chronische heesheid, astma, chronische bronchitis of hoest, emfyseem longtuberculose, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel:</b> maag-, slokdarm-, darm-, dikke darm-, endeldarmstoornissen, zweer, chronische diarree of constipatie, aandoening van lever, galblaas, alvleesklier, geelzucht (hepatitis), cirrose, maagbreuk, ziekte van Crohn, aambeien, anale fistel, andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Aandoeningen van de bloedsomloop:</b> hartkloppingen, benauwdheid, kransslagaderaandoening, angina pectoris, hartinfarct, afwijking of hartgeruis, bloeddrukstoornissen, arteriosclerose, flebitis, trombose, embolie, arteritis, spataders, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Aandoeningen van de urinewegen en geslachtsorganen:</b> aanwezigheid van bloed/suiker/albumine/proteïne/etter in de urine, incontinentie, aandoening van de nieren, ureter, blaas, prostaat, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <b>Neus-, keel- en ooraandoeningen:</b> sinusitis, doofheid, gehoor- of evenwichtproblemen, oorsuizen, andere?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Oogaandoeningen:</b> gezichtsproblemen (aard en graad, per oog), glaucoom, cataract, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Huidaandoeningen:</b> eczeem, allergieën, herpes, psoriasis, melanoom, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. <b>Aandoeningen van het metabolisme:</b> jicht, diabetes, obesitas, schildklier-aandoening, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. <b>Aandoeningen van de lymfeklieren en van de milt:</b> splenectomie, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. <b>Bloedaandoeningen:</b> anemie, hemofilie, hemochromatose, andere?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. <b>Beender-, gewricht- en musculoskeletaire aandoeningen:</b> reuma, lumbago, artritis, artrose, discushernia, scoliose, ischias, recidiverende luxaties, tenniselleboog, osteoporose, ziekten van de spieren, ligamenten of pezen, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. <b>Gynaecologische aandoeningen of aandoeningen aan de borsten:</b> baarmoederaandoeningen, cyste op de eierstokken, goedaardige tumoren in de borsten, borsthypertrofie, gynecomastie, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | Ja                       | Neen                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| n. <b>Psychiatrische aandoeningen of psychologische problemen:</b> depressie, psychose, angst, overspanning, zelfmoordpoging, persoonlijkheidsstoornissen, gedragsstoornissen, anorexia, ADHD, andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. <b>Besmettelijke of parasitaire aandoeningen:</b> sepsis, mononucleose, meningitis, HIV-besmetting, aids, malaria, andere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. <b>Kanker?</b> Met inbegrip: kwaadaardige aandoeningen, tumoren, leukemie, ziekte van Hodgkin, ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. <b>Andere aandoeningen, handicaps of invaliditeiten?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien u JA geantwoord heeft op een van de vragen 6.a. tot 6.q., gelieve dan te preciseren om welke aandoening het gaat, en de datum van opkomst, de gevolgde behandelingen, de actuele staat (eventuele gevolgen) en in geval van genezing, de datum van genezing weer te geven.

Indien u JA geantwoord heeft op de vraag 6.p.

**Kanker**, gelieve dan te preciseren:

Is er een termijn van tien jaar verstreken sinds het succesvol beëindigen van de behandeling<sup>1</sup>?  Ja  Neen

Zo ja:

- Was er tijdens die periode van tien jaar een herval<sup>2</sup>?  Ja  Neen
- Tijdens die periode van tien jaar is er arbeidsongeschikt geweest ten gevolge van deze kankeraandoening?  Ja  Neen

Lijdt u aan bijwerkingen, bent u geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt en/of is er sprake van een fysiologische invaliditeit ten gevolge van deze kankeraandoening<sup>3</sup>? Zo ja, preciseren:  Ja  Neen

1 – Onder het succesvol beëindigen van de behandeling wordt begrepen de datum van beëindiging van de actieve behandeling van de kankeraandoening met chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie verricht in een erkende voorziening, zonder noodzakelijke bijkomende behandeling, met uitzondering van een mogelijke voortgezette behandeling van het type preventieve hormoontherapie.  
 2 – Onder herval wordt verstaan elke nieuwe opstoot van kanker die medisch vastgesteld werd door klinisch, biologisch of beeldonderzoek.  
 3 – Wat betreft de bijwerkingen, arbeidsongeschiktheid en/of fysiologische invaliditeit ten gevolge van kankeraandoening verzoeken wij u ons alle medische informatie te bezorgen met betrekking hiertoe: diagnose, lokalisatie, behandelingswijze, graad en duurtijd van de arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, duurtijd van de behandeling, resultaat, prognose,...

## 7 a. Wie is uw behandelend geneesheer?

Naam:

Voornaam:

Straat:

Nr/Bus:

Postcode/Gemeente:

b. Wie is de **laatste** geneesheer die u raad gegeven heeft of behandeld heeft?

Naam:

Voornaam:

Wanneer?  /  /

Waarom?

Hebt u nog iets mee te delen wat uw gezondheidstoestand betreft?

Ja  Neen

Zo ja, wat?

**Bescherming van de persoonsgegevens**

Allianz Benelux zamelt persoonsgegevens in om verzekeringsovereenkomsten op te maken, te beheren en uit te voeren. Wij gebruiken deze gegevens in het raam van de commerciële relatie met onze klanten en partners, om de evolutie van de portefeuille op te volgen en misbruiken en verzekeringsfraude te voorkomen. De persoonsgegevens worden verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en de wetgeving die geldt voor verzekeringen. Zij worden gedeeld met de personeelsleden en de partners (herverzekeraars, experts, andere vennootschappen van de groep Allianz, ...) die de gegevens absoluut nodig hebben voor hun functie en hun taak, en ook met de nationale en internationale overheden. Bij een overdracht van gegevens en ongeacht de plaats waar zij zich bevinden, passen wij de verplichte beschermingsregels toe die de overheden hebben goedgekeurd. Uw gegevens worden bewaard zolang zij noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, inclusief de wettelijke verjaringstermijnen. U hebt het recht kennis te nemen

van uw persoonsgegevens en deze eventueel te laten verbeteren of vernietigen. Al uw vragen kan u doorsturen naar onze Data Privacy Officer, samen met een recto-versokopie van uw identiteitskaart, ofwel via een mail naar [privacy@allianz.be](mailto:privacy@allianz.be) ofwel via een brief aan Allianz Benelux NV, Juridische Dienst en Compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel. U kan ook terecht bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, of [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be). Voor meer uitleg over ons gegevensbeschermingsbeleid kan u terecht op onze website <https://allianz.be/persoonsgegevens>.

**Waarschuwing**

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Dattasur, de Meeûsquare 29 in 1000 Brussel, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

**Behandeling van klachten**

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de dienst Klachtenbeheer van Allianz Benelux: Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, [klachten@allianz.be](mailto:klachten@allianz.be), [www.allianz.be](http://www.allianz.be). Indien u niet tevreden bent na het antwoord van onze dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as), [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as). Allianz Benelux is als verzekeraar verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen. De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschied buiten het gerechtelijk systeem om.

Opgemaakt te  op  /  /

Handtekening van de te verzekerende persoon: