



Dossiernummer (in te vullen door BNP Paribas Cardif)

Gelieve aan te kruisen wat van toepassing is. Indien u onvoldoende ruimte heeft om op een vraag een volledig antwoord te geven, verzoeken wij u om op een apart blad met vermelding van naam, voornaam, geboortedatum en met een verwijzing naar de vraag, de bijkomende inlichtingen te verschaffen.

Wij danken u alvast om deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen, te dateren en te ondertekenen. Op basis van de antwoorden op deze vragenlijst en / of het te verzekeren bedrag kunnen er nog bijkomende vragen gesteld worden om het risico correct te beoordelen.

Persoonsgegevens kandidaat-verzekerde

M. Mevr.

Naam (in hoofdletters) :

Voornaam :

Geboortedatum :

Ik geef BNP Paribas Cardif, en haar eventuele herverzekeraars, de toestemming al mijn medische gegevens te verwerken in het kader van het afsluiten en het uitvoeren van het verzekeringcontract.

Ja Nee

Ik ben geïnformeerd over het feit dat ik mijn toestemming op elk moment kan intrekken. Echter, het intrekken van mijn toestemming kan de uitvoering van de contractuele waarborgen belemmeren. Bovendien kan het intrekken van mijn toestemming niet leiden tot de beëindiging van het contract of tot het wissen van verzamelde gegevens.

Medische gegevens kandidaat-verzekerde

Wat is uw lengte ?

cm

Gewicht ?

kg

Drinkt u gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag ?

Ja Nee

Zo ja, wat en hoeveel gemiddeld per dag ?

Gebruikt u of hebt u verdovende middelen gebruikt (drugs, hallucinerende middelen...) tijdens de voorbije 5 jaar ?

Ja Nee

Zo ja, welke en met welke frequentie ?

Hebt u tijdens de voorbije 5 jaar een behandeling ondergaan gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken of wordt u momenteel behandeld * ?

Ja Nee

(*onder behandeling wordt verstaan: alle geneesmiddelen en andere therapeutische behandelingen. Heeft geen betrekking op: voedingssupplementen, 'de pil' of andere contraceptiva.)

Zo ja, welke en waarom ?

Hebt u tijdens de voorbije 12 maanden een arts geraadpleegd of is er een raadpleging bij een arts gepland tijdens de komende 3 maanden * ?

Ja Nee

(*heeft geen betrekking op: routine check-up, consultatie in het kader van een arbeidsgeneeskundig onderzoek)

Zo ja, waarom en wanneer ?

Bent u tijdens de voorbije 10 jaar verzorgd in een ziekenhuis, opgenomen in een ziekenhuis of geopereerd of is dit gepland de komende 12 maanden * ?

Ja Nee

(*onder ziekenhuis wordt verstaan iedere instelling voor medische verzorging met inbegrip van psychiatrische instellingen. Heeft geen betrekking op: zwangerschap, bevalling of tandzorgen.)

Zo ja, waarom, wanneer en voor welke duurtijd ?

Bent u momenteel arbeidsongeschikt of bent u tijdens de voorbije 5 jaar arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken ?

Ja Nee

(*heeft geen betrekking op: zwangerschap of moederschaprust.)

Zo ja, waarom, wanneer en voor welke duurtijd ?

Lijdt u of hebt u de voorbije 10 jaar aan een aandoening geleden*?

(*onder aandoening wordt verstaan: gezondheidsklachten, ziekte, handicap, syndroom of gevolgen van een ongeval met medische letsels. Heeft geen betrekking op : banale infecties zoals een griep of verkoudheid, maagdarmlaaijken met een duur van minder dan een week.)

Zo ja, waarover gaat het? (Gelieve hieronder aan te kruisen en aan te vullen). De aangehaalde aandoeningen zijn slechts voorbeelden en dit is dus geen beperkende lijst.

	Aandoening	Begindatum	Omschrijving, behandeling en huidige toestand
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	a. Hart-en bloedvaten (vb: hoge bloeddruk, hartruis, hartritmestoornissen, hartinfarct, borstpijn, aantasting van de kransslagaders, hersenbloeding of trombose, aneurysma, hart- of hartklepinsufficiëntie, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	b. Stofwisseling, hormonen en klieren (vb: verhoogd cholesterolgehalte, jicht, aandoening van de schildklier, hemochromatose, hormoonafwijkingen, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	c. Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	d. Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	e. Psychische aandoeningen (vb: depressie, extreme vermoeidheid, burn-out, angststoornis, bipolaire stoornis, psychose, schizofrenie, middelenmisbruik, eetstoornis, zelfmoordpoging, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	f. Ademhalingsstelsel (vb: chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose, slaap-apnoesyndroom, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	g. Spijverteringsstelsel of buik (vb: aandoening van de slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, pancreas, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	h. Zenuwstelsel en hersenen (vb: beroerte, verlamming, epilepsie, multiple sclerose, zenuwontsteking, Parkinson, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	i. Bloed of lymfeklieren (vb: bloedarmoede, afwijking van bloedstolling of beendermerg, leukemie, ziekte van Hodgkin, lymfoom, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	j. Spieren en gewrichten (vb: reuma, artritis psoriatica, dystrofie, fibromyalgie, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	k. Infectie of parasitaire ziekte (vb: hepatitis B of C, HIV, malaria, geslachtsziekten, andere)		

	Aandoening	Begindatum	Omschrijving, behandeling en huidige toestand
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	l. Huid (vb: melanoom, psoriasis, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	m. Nieren of urinewegen (vb: nierontsteking, nierstenen, blaasontsteking, poliepen, eiwit (proteïne) in de urine, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	n. Geslachtsorganen (vb: vrouwen : baarmoeder- of borstaandoeningen, overvloedig bloedverlies, uterine fibroom, andere; mannen : prostaataandoeningen, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	o. Neus, keel en oren (vb: doofheid, duizeligheid, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	p. Ogen (vb: oogzenuwontsteking, dubbelzien, andere)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	q. Andere aandoeningen		

Ik verklaar de juistheid van alle hierboven op deze vragenlijst afgelegde verklaringen. Ik ben ervan op de hoogte dat onjuiste verklaringen kunnen leiden tot de nietigheid van het contract conform de wet van 04/04/2014 betreffende verzekeringen. Ik machtig uitdrukkelijk de geneesheren die mij hebben behandeld en/of mijn overlijden zullen vaststellen, om alle noodzakelijke inlichtingen die voor beoordeling van een eventuele vordering van belang kunnen zijn, te verstrekken aan de raadgevende geneesheer van de verzekeraar. De persoonsgegevens die u met ons deelt worden verwerkt door BNP Paribas Cardif. Ze worden uitsluitend gebruikt voor het beheer van verzekeringsproducten, de klantendienst, de promotie van nieuwe producten, het aanvaarden van risico's, het beheer van contracten, premies en schadegevallen en de preventie van en strijd tegen alle vormen van fraude. In overeenstemming met de Europese verordening voor gegevensbescherming, hebt u rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens. Die rechten en verdere informatie vindt u in onze 'Nota inzake gegevensbescherming' op onze website www.bnpparibascardif.be. Ik verklaar tevens een kopie van deze vragenlijst te hebben ontvangen. In functie van de antwoorden van de kandidaat-verzekerde en / of in functie van de hoogte van het te verzekeren bedrag, kan de verzekeraar de verzekerde verzoeken een medische keuring te ondergaan en / of specifieke acceptatievoorwaarden (bijpremies en / of uitsluitingen) formuleren.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening verzekerde
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")