

Medische vragenlijst

Man Vrouw

Naam en voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Nr : Bus : Postcode : Woonplaats :

PROCEDURE VOOR HET TERUGSTUREN VAN DIT DOCUMENT

APRIL Belgium verzoekt de kandidaat-verzekerde om de in deze vragenlijst opgenomen medische verklaringen rechtstreeks over te maken aan **APRIL Belgium – Medische cel**, Rue Emile Francqui 4 - 1435 Mont-Saint-Guibert of via mail op **medical.be@april.com**

VRAGENLIJST

1. Algemeen						
1.1. Drinkt u gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	<input type="radio"/> wijn	<input type="radio"/> bier	<input type="radio"/> aperitief	<input type="radio"/> sterke drank
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag:			...glazenglazenglazenglazen
1.2. Gebruikt of gebruikte u verdovende middelen (drugs, hallucinerende middelen, andere) gedurende de voorbije 5 jaar?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	Welke?..... Hoeveelheid/frequentie? Wanneer bent u gestopt?.....			
1.3. Hebt u een medisch advies gekregen of hebt u een behandeling gevolgd ten gevolge van uw gebruik: – van tabak – van alcoholhoudende dranken – van verdovende middelen (drugs, hallucinerende middelen,...)?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	Zo ja, geef toelichting:			
1.4. Lengte		 cm			
1.5. Gewicht		 kg			
1.6. Hebt u een medisch advies gekregen of hebt u een behandeling gevolgd ten gevolge van uw gewicht?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	Zo ja, geef toelichting:			
2. Lijdt of leed u de voorbije 10 jaar aan één van de volgende aandoeningen: (*) Onder 'aandoening' wordt verstaan: elke ziekte, elke handicap, elk syndroom, elke gezondheidsklacht, de gevolgen van een ongeval. Heeft geen betrekking op: ongeval zonder gevolgen, zwangerschap zonder complicaties, spataderen, acne, vitiligo, blindedarmonsteking, prostatitis, gastro-enteritis, menopauze, genezen mononucleose, allergische rhinitis, slapeloosheid, prikkelbare darm, obstipatie, goedaardige luchtweginfecties (verkoudheid, griep, etc.). Zo ja, welke? (vink aan en vul hieronder aan)						
2.1. een infectie-, parasitaire of geslachtsaandoening?			<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA		
<input type="checkbox"/> HIV-infectie, AIDS <input type="checkbox"/> Tropische ziekte (malaria, cholera,...) <input type="checkbox"/> Seksueel overdraagbare aandoeningen <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:						
2.2. een aandoening van de endocriene organen of de stofwisseling?			<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA		
<input type="checkbox"/> Suikerziekte (diabetes) <input type="checkbox"/> Verhoogde cholesterol <input type="checkbox"/> Jicht						

<input type="checkbox"/> Schildklierproblemen <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:		
2.3. een bloedaandoening? <input type="checkbox"/> Bloedstollingstoornissen (hemofilie, ...) <input type="checkbox"/> Bloedarmoede <input type="checkbox"/> Afwijking van het beenmerg <input type="checkbox"/> Leukemie <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.4. een psychische aandoening? <input type="checkbox"/> Overspannen, stress, extreme vermoeidheid <input type="checkbox"/> Angststoornis <input type="checkbox"/> Depressie <input type="checkbox"/> Neurose (angstsyndromen, dwanggevoelens, ...) <input type="checkbox"/> Psychose (geestesziekten) <input type="checkbox"/> Zelfmoordpoging <input type="checkbox"/> Zwakbegaafdheid, zwakzinnigheid <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis <input type="checkbox"/> Gedragsstoornissen <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.5. een aandoening van het zenuwstelsel of de spieren? <input type="checkbox"/> Epilepsie of vallende ziekte <input type="checkbox"/> Multiple sclerose (MS-patiënt) <input type="checkbox"/> Hersenbloeding of beroerte <input type="checkbox"/> Zenuwpijnen (ischias, ...) <input type="checkbox"/> Verlamming <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Myopathie <input type="checkbox"/> Spieraandoening <input type="checkbox"/> Chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.6. een oor-, neus-, keel- of oogaandoening? <input type="checkbox"/> Otitis <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Gezichtsstoornissen (glaucoom, cataract,...) <input type="checkbox"/> Doofheid <input type="checkbox"/> Duizeligheid, oorsuizen <input type="checkbox"/> Heesheid <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.7. een aandoening van het hart of de bloedsomloop? <input type="checkbox"/> Ritmestoornissen, hartkloppingen waarvoor U behandeld wordt of werd <input type="checkbox"/> Hartgeruis <input type="checkbox"/> Hartinfarct <input type="checkbox"/> Aandoeningen van de aderen (overbruggingen, ingreep met ballonnetje, ...) <input type="checkbox"/> Spataders <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.8. een aandoening van het ademhalingsstelsel? <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Chronische bronchitis <input type="checkbox"/> Longemfyseem	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA

<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Slaap-apnoesyndroom <input type="checkbox"/> Longontsteking <input type="checkbox"/> Kortademigheid <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:		
2.9. een aandoening van het spijsverteringsstelsel of een buikaandoening? <input type="checkbox"/> Slokdarm (oesofagitis,...) <input type="checkbox"/> Maag (maagzweer,...) <input type="checkbox"/> Darm (ziekte van Crohn, colitis, darmpoliep, diarree,...) <input type="checkbox"/> Lever (hepatitis, cirrose, ...) <input type="checkbox"/> Galblaas <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Fistel <input type="checkbox"/> Buikwand (breuk) <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.10. een mond-, kaak- of tandaandoening? <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.11. een aandoening van de nieren, urinewegen of geslachtsorganen? <input type="checkbox"/> Aandoeningen van de nieren (niersteen, ...) <input type="checkbox"/> Gestoorde urinetesten (eiwit, bloed, suiker, ...) <input type="checkbox"/> Urinewegen (kolieken, recidiverende blaasontsteking, ...) <input type="checkbox"/> Prostaat (prostaathypertrofie, ...) <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.12. een gynaecologische aandoening of aandoening van de borsten (enkel van toepassing voor vrouwen)? <input type="checkbox"/> Baarmoederaandoening (endometriose, ...) <input type="checkbox"/> Cyste eierstok, eileider <input type="checkbox"/> Aandoening van de borst (borsthypertrofie, cyste, ...) <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.13. een huidaandoening? <input type="checkbox"/> Psoriasis (chronische huidaandoening, ...) <input type="checkbox"/> Cyste of gezwel <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.14. een aandoening van de beenderen, de wervelzuil of de gewrichten? <input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Discus hernia, whiplash <input type="checkbox"/> Nek- of rugpijnen <input type="checkbox"/> Artrose <input type="checkbox"/> Artritis of reuma <input type="checkbox"/> Osteoporose (botontkalking) <input type="checkbox"/> Amputatie <input type="checkbox"/> Breuk, fractuur, osteosynthesemateriaal <input type="checkbox"/> Andere aandoening (*) van dit type:	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.15. kanker of een kwaadaardige aandoening? <input type="checkbox"/> Welke?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
2.16. een andere aandoening? (*) Onder 'aandoening' wordt verstaan: elke ziekte, elke handicap, elk syndroom, elke gezondheidsklacht, de gevolgen van een ongeval. Hetzelfde geldt voor de woorden "andere aandoening" die betrekking hebben op een andere aandoening dan diegene die hierboven vermeld worden. Heeft geen betrekking op: ongeval zonder gevolgen, zwangerschap zonder complicaties, spataderen, acne, vitiligo, blindedarmontsteking, prostatitis, gastro-enteritis, menopauze, genezen mononucleose,	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA

<i>allergische rhinitis, slapeloosheid, prikkelbare darm, obstipatie, goedaardige luchtweginfecties (verkoudheid, griep, etc.).</i> <input type="checkbox"/> Welke?				
3. Ongevallen				
3.1. Hebt u een ongeval gehad met medisch letsel? (sport, verkeer, arbeid, privé)			<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
Als het antwoord op een van de vragen 2 en/of 3 ja is: welke aandoening of ongevalletsel?		Wanneer/duur/toegepaste behandelingen/datum van genezing/gevolgen/opmerkingen:		
4. Behandelingen				
Heeft geen betrekking op: voedingssupplementen, "de pil" of andere contraceptiva				
4.1. Werd u de afgelopen 5 jaar ooit langer dan 3 opeenvolgende weken behandeld? (medisch, paramedisch, psychotherapeutisch, alternatief)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.2. Hebt u chemo- en/of radiotherapie (bestralingen) of een bloedtransfusie ondergaan?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.3. Hebt u de afgelopen 12 maanden een arts geraadpleegd? (met uitzondering van routine check-up en de consultatie in het kader van een arbeidsgeneeskundig onderzoek)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.4. Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.5. Werd u tijdens de voorbije 10 jaar gehospitaliseerd of verzorgd in een ziekenhuis of een gelijkaardige instelling? (geldt ook voor daghospitalisatie, bevalling, zwangerschap of tandzorgen niet meegerekend)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.6. Hebt u een afspraak met een arts binnen de 3 maanden gepland? (met uitzondering van routine check-up en de consultatie in het kader van een arbeidsgeneeskundig onderzoek)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.7. Is er een hospitalisatie gepland tijdens de komende 12 maanden? (geldt ook voor daghospitalisatie, bevalling, zwangerschap of tandzorgen niet meegerekend)	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
4.8. Dient u een heelkundige ingreep te ondergaan tijdens de komende 12 maanden?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? waarom?	
5. Werd bij u gedurende de afgelopen 5 jaar één van de volgende onderzoeken verricht?				
5.1. een electrocardiogram?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? resultaat?	

5.2. een radiografie?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? resultaat?		
5.3. een urineonderzoek?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? resultaat?		
5.4. een AIDS test met afwijkend resultaat?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? resultaat?		
5.5. een Hepatitis B of C test met afwijkend resultaat?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? resultaat?		
5.6. Hebt u andere onderzoeken ondergaan (zoals elektro-encefalogram, scanner, NMR, scintigrafie, arteriografie, ...)?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	wanneer? welke en waarom? resultaat?		
6. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit					
6.1. Bent u medisch ongeschikt voor werk, school, sport, dagdagelijkse activiteiten? Heeft geen betrekking op: zwangerschap of moederschapsrust	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	<input type="radio"/> totaal	<input type="radio"/> gedeeltelijk	sinds:
			waarom?		
6.2. Was u de afgelopen 5 jaar langer dan 3 opeenvolgende weken medisch ongeschikt voor werk, school, sport, dagdagelijkse activiteiten? Heeft geen betrekking op: zwangerschap of moederschapsrust	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA	waarom?		
			wanneer? duur?		

ALGEMENE VERKLARING

De verzekerde bevestigt dat de voorgaande verklaringen oprecht, echt en volledig zijn.

De verzekerde verklaart kennis te hebben genomen dat elke aantekening; doorhaling of schrapping op dit document de nietigheid alsook de opschorting van de aanvaarding van het dossier tot gevolg heeft en verklaart eerlijk op de bovenstaande vragen geantwoord te hebben, zonder iets te verbergen. De verzekerde verklaart kennis te hebben genomen van de zware gevolgen – nietigheid van het contract, dus weigering de verzekerde waarborgen uit te betalen – waartoe het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de te verzekeren persoon aanleiding kan geven (art. 58 en 59 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014).

RECHT OM VERGETEN TE WORDEN

Ex-kankerpatiënten en chronisch zieken dienen de aandoeningen waaraan ze geleden hebben of waaraan ze lijden, correct mee te delen overeenkomstig de vragen die hierover in deze medische vragenlijst worden gesteld. Zij kunnen echter, in bepaalde gevallen, genieten van een 'recht om vergeten te worden' bij de aanvraag van een schuldsaldoverzekering. Meer informatie hierover kan u terugvinden op <https://abcverzekering.be/recht-om-vergeten-te-woorden>.

WAARSCHUWING

Wijzigingen die zich voordoen na het invullen van deze verklaring, maar voor het ogenblik waarop het verzekeringscontract gesloten wordt, moeten spontaan bijkomend meegedeeld worden aan de verzekeraar.

Deze vragenlijst is **geldig voor een periode van 6 maanden** vanaf de datum van ondertekening door de verzekerde.

BESCHERMING VAN PERSOONSGEGEVENS

De persoonlijke gegevens ("de persoonsgegevens") die door de betrokken persoon worden meegedeeld of die rechtmatig door APRIL Belgium worden ontvangen, kunnen worden verwerkt door APRIL Belgium en in voorkomend geval door de Maatschappij, die verantwoordelijk zijn voor de verwerking. De persoonsgegevens kunnen worden verwerkt met het oog op het beheer van het persoonsbestand, het beheer van verzekeringsovereenkomsten en schadegevallen, het premie- en inningsbeheer, de klantendienst, de opsporing, preventie en bestrijding van fraude, de bestrijding van het witwassen van geld en van de financiering van terrorisme, de risicoaanvaarding, het portefeuilletezicht en statistische studies. Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, voor de naleving van een wettelijke verplichting of voor de rechtmatige belangen van APRIL Belgium en van de Maatschappij.

Voor zover de mededeling van persoonsgegevens noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de bovenvermelde doelstellingen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan ondernemingen en/of aan personen die verbonden zijn met APRIL Belgium en de Maatschappij, alsook aan de bevoegde overheden. APRIL Belgium en, in voorkomend geval, de Maatschappij kunnen dienstverleningsovereenkomsten sluiten met derden die voor haar in het kader van hun opdracht bepaalde klantgegevens verwerken. APRIL Belgium en de Maatschappij zullen de nodige maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat deze derden de vertrouwelijkheid van de gegevens in acht nemen en om de veiligheid van deze gegevens te garanderen, in het bijzonder ook wanneer deze samenwerking de overdracht van persoonsgegevens impliceert naar landen buiten de Europese Unie, waarvan de wetgeving geen gelijkwaardig beschermingsniveau biedt als dat van toepassing in België of in de Europese Unie.

De betrokken persoon kan verzoeken om inzage, rectificatie, wissing en overdraagbaarheid van zijn persoonsgegevens, ervoor kiezen het gebruik ervan te beperken, of bezwaar maken tegen de verwerking ervan. Indien de betrokken persoon uitdrukkelijk en in het bijzonder toestemming heeft gegeven voor het gebruik van bepaalde van zijn gegevens, kan hij deze toestemming steeds intrekken, voor zover het geen informatie betreft waarvan de uitvoering van zijn overeenkomst afhangt. De betrokken persoon kan meer informatie verkrijgen op de website van de Maatschappij en van de Venootschap, en zijn rechten uitoefenen, en dit per post op het volgende adres: APRIL Belgium, Rue Emile Francqui 4 - 1435 Mont-Saint-Guibert of via e-mail op privacy.be@april.com

Hierbij geeft de verzekerde uitdrukkelijk toestemming voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot zijn gezondheid wanneer deze gegevens noodzakelijk zijn voor het afsluiten en uitvoeren van het verzekeringscontract. Deze gegevens kunnen enkel worden verwerkt door de raadgevend geneesheer van de Maatschappij, de medewerkers van APRIL Belgium en, in voorkomend geval, de medewerkers van de Maatschappij voor zover zij belast zijn met één of meer taken die verband houden met voormelde doeleinden en door eventuele derden waarvan de tussenkomst noodzakelijk is bij de uitvoering van voormelde taken. **Hierbij geeft de verzekerde toestemming** aan zijn behandelende arts om na zijn overlijden een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan de raadgevend geneesheer van de Maatschappij.

Voor een snellere behandeling van zijn aanvraag, **geeft de verzekerde toestemming** aan APRIL Belgium om hem de elementen van zijn dossier met gegevens met betrekking tot zijn gezondheid per e-mail te sturen naar het adres:

.....

Gedaan te, op / /

X

Handtekening van de Verzekerde

(voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd")

