



Om de gezondheidstoestand van de verzekerden vast te stellen hebben we medische informatie nodig. Vul alle vragen alstublieft in blokletters in.

Als u meer ruimte nodig hebt, kunt u een aparte bijlage bijvoegen.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Nummer cliënt: [input field]

Verzekerde: (deze vragenlijst wordt omwille van uw privacy apart van uw aanvraag gehouden. Daarom moeten sommige gegevens op-nieuw worden ingevuld).

Achternaam:

Postcode:

Huisnummer

[input field]

[input field]

[input field]

1. Lengte en gewicht:

(geboortedatum)	gewicht (kg)	lengte (cm)	(geboortedatum)	gewicht (kg)	lengte (cm)
1 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	4 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm
2 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	5 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm
3 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	6 [input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm

2. Zijn er verzekerden met langdurige (langer dan 3 maanden) lichamelijke of geestelijke aandoeningen, ziekten of handicaps (ook aankruisen als dit langer dan vijf jaar geleden gebeurde)?

Bijvoorbeeld: diabetes, neurologische aandoeningen, longaandoeningen, epilepsie, bloedziekte, nierfalen, psychische of psychiatrische aandoeningen, incontinentie, hart- en/of vaatziekten, chronische huidaandoeningen, nek/rugkwalen en/of aandoeningen van de ledematen, aandoeningen van slokdarm, buik en/of darmen, tandheelkundige problemen na een ongeluk, aangeboren aandoeningen, gehoorproblemen, kwaadaardige aandoeningen, hoge cholesterol, hepatitis, aids of hiv-antilichamen in het bloed (seropositiviteit).

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

welke aandoening?

[input field]

[input field]

welke diagnose is gesteld?

[input field]

[input field]

3. Zijn er verzekerden die een hulpmiddel nodig hebben (bijv. een gehoorapparaat, prothese, rolstoel, injectienaalden of incontinentiemateriaal)?

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

welk hulpmiddel?

[input field]

[input field]

4. Zijn er verzekerden die momenteel onder behandeling of onder controle zijn bij een huisarts, specialist, tandarts of verloskundige?

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

sinds wanneer?

[input field]

[input field]

welke specialistische zorg?

[input field]

[input field]

waarvoor?

[input field]

[input field]

welke diagnose is gesteld?

[input field]

[input field]

is/werd de betreffende persoon opgenomen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
voor hoe lang (aantal dagen)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is een operatie uitgevoerd of wordt die verwacht?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke operatie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is verdere behandeling of controle nodig?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
hoe vaak per jaar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Zijn er verzekerden die regelmatig geneesmiddelen, speciale diëten of voedingspreparaten gebruiken?

<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wie?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke geneesmiddelen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke doses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
hoe vaak?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welk dieet/voedingspreparaat?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Zijn er verzekerden (behalve die van vraag 4) die de afgelopen 5 jaar onder behandeling of onder controle bij een specialist zijn geweest?

<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wie?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)
sinds wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke specialistische zorg?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke diagnose werd gesteld?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
werd de betreffende persoon opgenomen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
voor hoe lang (aantal dagen)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is een operatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke operatie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nummer cliënt:

Achternaam:

Postcode:

Huisnummer

7. Heeft er een behandeling of onderzoek plaatsgevonden in verband met kinderloosheid?

nee ja

onderzoek, behandeling voltooid

onderzoek, behandeling wordt verwacht

8. Zijn er verzekerden die momenteel door een logopedist, fysiotherapeut of een andere therapeut worden behandeld of gedurende 6 weken of langer in de afgelopen 5 jaar zijn behandeld?

nee ja, wie?

--- (geboortedatum)

--- (geboortedatum)

welke therapie?

waarvoor?

welke periode?

van

tot

aantal behandelingen?

9. Zijn er verzekerden die een alternatieve behandeling krijgen of de afgelopen 5 jaar hebben gekregen?

nee ja, wie?

--- (geboortedatum)

--- (geboortedatum)

welke periode?

van

tot

welke behandeling?

10. Is de gezondheidstoestand van een of meer verzekerden zodanig dat aanzienlijke medische kosten zullen worden gemaakt of in de nabije toekomst te verwachten zijn?

nee ja, wie?

--- (geboortedatum)

--- (geboortedatum)

11. Hebt u andere informatie die mogelijk van belang is voor de beoordeling van deze aanvraag?

nee ja, wie?

--- (geboortedatum)

--- (geboortedatum)

Opmerkingen:

Als u voor een van bovengenoemde rubrieken een goedkeuring hebt gekregen van uw huidige verzekeraar, wilt u dan alstublieft een kopie bijvoegen.

Deze gezondheidsvragenlijst en het aanvraagformulier vormen de basis voor het verzekeringscontract dat wordt afgesloten volgens de voorwaarden die van toepassing zijn. Ondergetekende verklaart dat alle vragen van deze gezondheidsvragenlijst nauwkeurig, volledig en naar waarheid zijn ingevuld. Delta Lloyd Zorgverzekeringen NV kan niet aansprakelijk worden gehouden voor claims met betrekking tot aandoeningen of handicaps die niet (volledig) op dit formulier zijn vermeld. Ondergetekende verklaart dat hij/zij met deze voorwaarden akkoord gaat.

Plaats

Datum

Handtekening

Vul nu alstublieft het aanvraagformulier in

De informatie die de verzekerde aan Delta Lloyd verstrekt, is primair bedoeld om door Delta Lloyd te worden gebruikt voor de beoordeling van het risico dat moet worden verzekerd. Adviseert de medisch adviseur van Delta Lloyd de verzekering af te wijzen? Dan laten wij u dit weten. Als u dat wilt, kunt u de aanvraag intrekken door ons dit schriftelijk te laten weten. Nadat de verzekeringspolis is afgesloten, wordt deze informatie gebruikt voor de implementatie van de verzekering, de bijbehorende dienstverlening en activiteiten die noodzakelijk zijn voor een verantwoordelijke bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsmaatschappij, de preventie en bestrijding van fraude en om aan wettelijke verplichtingen te voldoen.