Verzekeringsvoorstel

Medische vragenlijst - vertrouwelijk (één vragenlijst per persoon)

1. Te verzekeren persoon

Naam: Voornaam:

Geslacht : M ☐ V ☐ Geboortedatum:

Straat: Nummer: Bus: Postcode:

Gemeente: Land: Telefoon / GSM:

Geboorteplaats (gemeente/land):

Manier van communiceren: ☐ elektronisch ☐ papier

E-mail adres :

2. Verzekeringnemer (gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Reeds bestaand polisnummer:

Naam of benaming: Voornaam:

Straat: Nummer: Bus: Postcode:

Gemeente: Land:

3. Informatie

Om uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle medische documenten gelinkt aan deze vragenlijst bijvoegen. Indien u het wenst, kan u deze medische vragenlijst losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar : DKV Belgium N.V, t.a.v. de Raadgevend arts, Loksumstraat 25, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke te verzekeren persoon die, indien hij dit wenst, bij zijn verzekeringsbemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan verkrijgen en afzonderlijk terugsturen.

De wet bepaalt dat u bij het afsluiten van een verzekeringscontract alle gekende en relevante elementen moet melden zodat de verzekeraar het risico juist kan beoordelen. Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in uw verklaringen kan leiden tot het annuleren van de onderschreven waarborgen met behoud van de betaalde premies door de verzekeraar, zoals bepaald in artikel 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De antwoorden op de vragen hieronder vormen het noodzakelijke minimum voor de verzekeraar en dienen bovendien om u te helpen bij de spontane en volledige aangifte van de medische voorgeschiedenis van de te verzekeren personen. De ons meegedeelde medische gegevens worden door ons verwerkt overeenkomstig de privacywet en de patiëntenrechtenwet.

4. Medische vragenlijst van de te verzekeren persoon (voor het product DKV Smile (tandzorg) gelieve vraag 5 te vervolledigen)

4.A.: Bent u op raadpleging of in behandeling geweest in de loop van de voorbije 5 jaren of neemt u momenteel medicatie voor één of meerdere van deze aandoeningen:

** Indien ja, markeer het vakje naast de betreffende aandoening.*
*** Indien 'andere aandoening' aangekruist, vervolledig met desbetreffende aandoening.*

A. Aandoeningen van hart en bloedvaten en van het bloed? ☐ Neen ☐ Ja*

1. bloedarmoede (anemie) ☐
2. hartklepaandoening (inclusief kunstklep) ☐
3. hartinfarct ☐
4. aandoening van de slagaderen ☐
5. varices (spataderen) (niet geopereerd) ☐
6. hypertensie (hoge bloeddruk) ☐
7. hyperlipidemie / hypercholesterolemie ☐
8. andere aandoening**: ..... ☐

B. Aandoeningen van het zenuwstelsel of de spieren? ☐ Neen ☐ Ja*

9. epilepsie (vallende ziekte) ☐
10. multiple sclerose (MS) ☐
11. hersenbloeding of herseninfarct (beroerte / CVA) ☐
12. migraine ☐
13. ziekte van Parkinson ☐
14. ziekte van Alzheimer ☐
15. chronisch vermoeidheidssyndroom ☐
16. fibromyalgie ☐
17. chronische ziekte van Lyme ☐
18. andere aandoening**: ..... ☐

C. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel? ☐ Neen ☐ Ja*

19. asthma ☐
20. allergische rhinitis ☐
21. chronisch obstructieve longaandoening (longemfyseem, chronische bronchitis) ☐
22. andere aandoening**: ..... ☐

D. Aandoeningen van de huid? ☐ Neen ☐ Ja*

23. psoriasis ☐
24. eczeem ☐
25. andere aandoening**: ..... ☐

E. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, lever of van de buikwand? ☐ Neen ☐ Ja*

26. reflux ☐
27. maagzweer ☐
28. ziekte van Crohn ☐
29. colitis ulcerosa ☐
30. aandoening van de pancreas ☐
31. levercirrose ☐
32. dikke darmpoliep ☐
33. liesbreuk (niet geopereerd) ☐
34. navelbreuk (niet geopereerd) ☐
35. maagbreuk (niet geopereerd) ☐
36. andere aandoening**: ..... ☐

67115_NL_4_201805

Te verzekeren persoon Naam: ..... **Voornaam:** .....

F. Aandoeningen van oog, neus, keel en oor?
☐ Neen ☐ Ja*

37. cataract (grijze staar) (niet geopereerd) ☐
38. glaucoom (groene staar) ☐
39. strabisme (scheelzien) (niet geopereerd) ☐
40. gehoorverlies / hoorapparaat ☐
41. slaapapneu / overmatig snurken ☐
42. cholesteatoom (chronische middenoorontsteking) ☐
43. tinnitus (chronisch oorsuizen) ☐
44. andere aandoening**: ..... ☐

G. Endocriene aandoeningen (klieren)?
☐ Neen ☐ Ja*

45. diabetes mellitus (suikerziekte) ☐
46. aandoening van de schildklier (goiter, hyperthyroïdie, schildkliernodule) ☐
47. andere aandoening**: ..... ☐

H. Aandoeningen van de urinewegen of geslachtsorganen?
☐ Neen ☐ Ja*

48. nierinsufficiëntie ☐
49. nierdialyse ☐
50. nierstenen ☐
51. incontinentie ☐
52. prostaathypertrofie ☐
53. endometriose ☐
54. aandoening eileiders (cyste, ontsteking,...) ☐
55. abnormaal (PAP) uitstrijkje ☐
56. andere aandoening**: ..... ☐

I. Aandoeningen van de beenderen of de gewrichten?
☐ Neen ☐ Ja*

57. discus hernia cervicaal (nek) ☐
58. discus hernia dorsaal (bovenrug) ☐
59. discus hernia lumbo-sacraal (onderrug) ☐
60. chronisch rugpijn ☐
61. aandoening schouder (luxatie, frozen shoulder,...) ☐
    ☐ links ☐ rechts
62. gonarthrose (arthrose knie) ☐
63. coxarthrose (arthrose heup) ☐
64. fractuur: specifieer ☐
    ☐ schouder links ☐ schouder rechts
    ☐ heup links ☐ heup rechts
    ☐ knie links ☐ knie rechts
    ☐ rugwervel
65. arthritis (rheuma,...) ☐
66. scheur kruisbanden knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
67. scheur meniscus knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
68. hallux valgus (scheefstaande grote teen) (niet geopereerd) ☐
69. carpaal tunnel syndroom (niet geopereerd) ☐
70. andere aandoening**: ..... ☐

J. Infectieziekten?
☐ Neen ☐ Ja*

71. AIDS - HIV positief ☐
72. hepatitis ☐
73. tuberculose ☐
74. andere aandoening**: ..... ☐

K. Psychische aandoeningen of gedragsstoornissen?
☐ Neen ☐ Ja*

75. burn-out ☐
76. depressie ☐
77. psychosis (schizofrenie, manisch depressief, ...) ☐
78. alcoholmisbruik ☐
79. gebruik van drugs ☐
80. psychomotorische ontwikkelingsstoornis ☐
81. ADHD ☐
82. autisme ☐
83. genderdysforie ☐
84. andere aandoening**: ..... ☐

L. Kwaadaardige aandoeningen (kanker)?
☐ Neen ☐ Ja*

85. specifieer (type, orgaan)?
    ☐ colorectaal ☐ keel
    ☐ maag ☐ schildklier
    ☐ leukemie ☐ blaas
    ☐ melanoom ☐ prostaat
    ☐ non-Hodgkin lymfoom ☐ borst
    ☐ pancreas ☐ baarmoederhals
    ☐ long ☐ eierstok
    ☐ nier ☐ andere:

Heeft u een behandeling ondergaan met

86. - radiotherapie? ☐ Neen ☐ Ja
87. - chemotherapie? ☐ Neen ☐ Ja

M. Tandbehandelingen lopende, voorzien of aangeraden?
☐ Neen ☐ Ja*

88. orthodontie ☐
89. parodontologie ☐
90. prothese, kroon, brug of implantaat ☐

N. Onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden?
☐ Neen ☐ Ja*

91. cardiovasculair onderzoek ☐
92. slaaponderzoek (polysomnografie) ☐

O. Hebt u een orgaantransplantatie ondergaan (incl. stamcellen en beenmerg) of staat u op een wachtlijst?
☐ Neen ☐ Ja*

Welk orgaan:

93. nier ☐
94. lever ☐
95. hart ☐
96. ander: ..... ☐

P. Hebt u een handicap of bent u invalide?
☐ Neen ☐ Ja*

Specifieer: .....

Q. Bent u momenteel drager van een prothese of een implantaat?
☐ Neen ☐ Ja*

97. borstprothese ☐ links ☐ rechts
98. knieprothese ☐ links ☐ rechts
99. heupprothese ☐ links ☐ rechts
100. neurostimulator ☐

R. Huidige lengte en gewicht?

101. lengte ..... cm
102. gewicht ..... kg
    (bij zwangerschap, gelieve uw gewicht net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden)

S. Andere aandoeningen niet vermeld hierboven?

.....
.....
.....

Is een hospitalisatie voorzien? ☐ Neen ☐ Ja
Indien ja, wanneer en waarvoor? .....

Bent u zwanger? ☐ Neen ☐ Ja
Indien ja, wat is de vermoedelijke bevallingsdatum? .....

Rookt u dagelijks? ☐ Neen ☐ Ja
Indien ja, gemiddeld aantal sigaretten, sigaren, ... per dag? .....

Vergeet niet te tekenen op de volgende bladzijde

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

4.B. Bijkomende vragen in te vullen voor een verzekering inkomensverlies of een aanvullende zorgverzekering.

1. Bent u reeds langer dan 3 weken arbeidsongeschikt geweest? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Percentage? Periode(s)?
.....

2. Bent u momenteel gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?
.....

3. Bent u momenteel invalide? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?
.....

4. Bent u momenteel zorgbehoevend en/of afhankelijk van de hulp van een derde om activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren? Is dergelijke hulp voorzien of aangeraden? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Voor welke activiteit(en)? Aantal uren hulp per dag?
.....

5. Vragenlijst enkel in te vullen voor DKV Smile (tandzorg).

1. Heeft u in het verleden reeds een orthodontische behandeling ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts? ☐ Neen ☐ Ja
Behandelingen met zowel vaste als uitneembare apparatuur. Bijvoorbeeld: beugels, blokjes of andere ingrepen om de stand van de tanden te optimaliseren.
.....

2. Heeft u in het verleden reeds een parodontale behandeling ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts? ☐ Neen ☐ Ja
Behandelingen voor aandoeningen van de steunweefsels van de tanden. Bijvoorbeeld: ontstoken tandvlees, afbraak van het kaakbot, loszittende tanden.
.....

3. Heeft u in het verleden een prothetische behandeling met een implantaat, een brug of een uitneembare (volledige of gedeeltelijke) prothese ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts ? ☐ Neen ☐ Ja
.....

4. Hoeveel tanden ontbreken er bij u, met inbegrip van de ontbrekende tanden die zijn vervangen door een implantaat, een brug of een uitneembare (volledige of gedeeltelijke) prothese
(wijsheidstanden en melktanden moeten niet worden meegeteld)
.....

Specifieke verklaringen van de te verzekeren perso(o)n(en)

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
2. Ik verklaar in te staan voor de juistheid en volledigheid van de op dit formulier verstrekte inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
3. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de gezondheidstoestand die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mee te delen.
4. Ik weet dat de handtekening op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch DKV Belgium N.V. verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel DKV Belgium N.V. geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, DKV Belgium N.V. zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
5. Op basis van de ingevulde gezondheidsgegevens op de medische vragenlijst, kan DKV Belgium N.V. desgevallend de verzekeringsdekking beperken of bijpremies toepassen. Deze voorwaarden staan op de polis vermeld. In aansluiting hierop laat ik de verzekeringnemer en/of de verzekeringstussenpersoon toe een kopie van de polis met vermelding van deze eventuele medische beperkingen of bijpremies te ontvangen. De meegedeelde gegevens op de medische vragenlijst zijn strikt vertrouwelijk en zullen noch aan de verzekeringsbemiddelaar noch aan de verzekeringnemer worden bezorgd.
6. De Medi-Card® wordt uitgereikt bij het afsluiten van een verzekeringsplan van DKV Belgium N.V., wanneer contractueel voorzien. Zodra ik deze kaart ontvangen heb, verbind ik mij ertoe de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van deze plannen na te leven bij gebruik van de Medi-Card®.
7. Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres eveneens gebruikt wordt voor de communicatie en het beheer van mijn (pre) contractuele relaties met DKV. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV, ongeacht de wijze van communicatie. Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V., mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketingdoeleinden.
8. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be van DKV Belgium N.V., optredend onder de naam van DKV Belgium N.V. te 1000 Brussel, Loksumstraat 25 (Tel: 02/287 64 11 – Fax: 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35 (Tel: 02/547 58 71 – Fax: 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens

1. De persoonsgegevens die via deze medische vragenlijst verzameld worden, worden verwerkt door DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel, in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
2. Ik verklaar dat ik de bijgevoegde DKV-privacyverklaring heb gelezen (die ook beschikbaar is op de DKV-website dkv.be onder 'Privacy' of op papier op verzoek aan DKV).
3. Ik erken dat mijn persoonlijke gezondheidsgegevens alleen met mijn toestemming mogen worden verwerkt. Als ik echter geen toestemming geef, kan het sluiten en/of behoorlijk uitvoeren van het contract worden verhinderd. Ik erken verder dat ik het recht heb mijn toestemming te allen tijde in te trekken. Intrekking van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking van de toestemming onverlet.
4. Ik geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan DKV Belgium N.V. om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben), zo nodig door middel van volledig geautomatiseerde verwerking, zonder tussenkomst van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, voor de beoordeling van risico's, het beheer van (pre)contractuele relaties, de uitgifte en uitvoering van verzekeringscontracten, schadebeheer, mogelijke geschillenbeslechting, preventie, opsporing en onderzoek van verzekeringsfraude, en kennisgeving van een wijziging van het verzekeringscontract.

Specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.
Naam, voornaam en handtekening, voor akkoord, van elke meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam: ..... **Voornaam:** .....

Verplichte handtekening:

Datum : ___ / ___ / _____

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens.
Naam, voornaam en ondertekening, voor akkoord, van elke meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam: ..... **Voornaam:** .....

Verplichte handtekening:

Datum : ___ / ___ / _____