

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? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*	C. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*
1. bloedarmoede (anemie) <input type="checkbox"/>	19. asthma <input type="checkbox"/>
2. hartklepaandoening (inclusief kunstklep) <input type="checkbox"/>	20. allergische rhinitis <input type="checkbox"/>
3. hartinfarct <input type="checkbox"/>	21. chronisch obstructieve longaandoening (longemfyseem, chronische bronchitis) <input type="checkbox"/>
4. aandoening van de slagaderen <input type="checkbox"/>	22. andere aandoening**: <input type="checkbox"/>
5. varices (spataderen) (niet geopereerd) <input type="checkbox"/>	
6. hypertensie (hoge bloeddruk) <input type="checkbox"/>	D. Aandoeningen van de huid? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*
7. hyperlipidemie / hypercholesterolemie <input type="checkbox"/>	23. psoriasis <input type="checkbox"/>
8. andere aandoening**: <input type="checkbox"/>	24. eczeem <input type="checkbox"/>
	25. andere aandoening**: <input type="checkbox"/>
B. Aandoeningen van het zenuwstelsel of de spieren? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*	E. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, lever of van de buikwand? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*
9. epilepsie (vallende ziekte) <input type="checkbox"/>	26. reflux <input type="checkbox"/>
10. multiple sclerose (MS) <input type="checkbox"/>	27. maagzweer <input type="checkbox"/>
11. hersenbloeding of herseninfarct (beroerte / CVA) <input type="checkbox"/>	28. ziekte van Crohn <input type="checkbox"/>
12. migraine <input type="checkbox"/>	29. colitis ulcerosa <input type="checkbox"/>
13. ziekte van Parkinson <input type="checkbox"/>	30. aandoening van de pancreas <input type="checkbox"/>
14. ziekte van Alzheimer <input type="checkbox"/>	31. levercirrose <input type="checkbox"/>
15. chronisch vermoeidheidssyndroom <input type="checkbox"/>	32. dikke darmoliep <input type="checkbox"/>
16. fibromyalgie <input type="checkbox"/>	33. liesbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/>
17. chronische ziekte van Lyme <input type="checkbox"/>	34. navelbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/>
18. andere aandoening**: <input type="checkbox"/>	35. maagbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/>
	36. andere aandoening**: <input type="checkbox"/>

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, hyperthyroidie, 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: specificeer
 - 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. alcoholverslaving
- 79. drugsverslaving
- 80. psychomotorische ontwikkelingsstoornis
- 81. ADHD
- 82. autisme
- 83. genderdysforie
- 84. andere aandoening**:

L. Kwaadaardige aandoeningen (kanker)?

Neen Ja*

85. specificeer (type, orgaan)?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> colorectaal | <input type="checkbox"/> keel |
| <input type="checkbox"/> maag | <input type="checkbox"/> schildklier |
| <input type="checkbox"/> leukemie | <input type="checkbox"/> blaas |
| <input type="checkbox"/> melanoom | <input type="checkbox"/> prostaat |
| <input type="checkbox"/> non-Hodgkin lymfoom | <input type="checkbox"/> borst |
| <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> baarmoederhals |
| <input type="checkbox"/> long | <input type="checkbox"/> eierstok |
| <input type="checkbox"/> nier | <input type="checkbox"/> 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*

Specificeer:

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?

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)**
.....

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

- 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.
- Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geen DKV Belgium N.V. toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
- 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.
- 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®.
- 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.
- 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 en van mijn klantendossiers 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.
- 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).

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

- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd en mijn akkoord gegeven heb dat mijn gegevens, die via dit document verzameld en gecommuniceerd werden aan DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België (Loksumstraat 25, 1000 Brussel), door laatstgenoemde verwerkt worden, als verantwoordelijke van de verwerking met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van de verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen. De verwerking van gegevens m.b.t. de gezondheid, zijn toegankelijk voor de afdelingen Contracten, Uitkeringen, Boekhouding, Legal, Compliance, Archiving & Scanning, interne Audit en Quality Control. Ik heb het recht om al mijn gegevens te raadplegen en deze indien nodig, te laten wijzigen of verwijderen volgens de voorwaarden voorzien door de wet.
- 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 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.
- 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.
- Ik laat DKV Belgium NV uitdrukkelijk toe om de gegevens betreffende mijn gezondheid te verwerken volgens de wet van 08/12/1992 inzake de bescherming van de privacy ten opzichte van persoonlijke gegevens (de wet op de privacy) en van het koninklijk besluit van 2001 inzake de dienstverlening aan klanten, de risicobepaling, de uitgifte en de uitvoering van de verzekeringscontracten, en het schadebeheer.

**Algemene en specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.
Handtekening, voor akkoord, van elke meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:**

Datum : ___ / ___ / ____