

Gezondheidsverklaring ongevallenverzekering

1. ALGEMENE GEGEVENS

Wie wordt de verzekerde?

Naam en voornamen _____ Geslacht m v
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Geboortedatum _____
Beroep _____

Gezondheidsverklaring

1. Heeft u nu gezondheidsproblemen op lichamelijk en/of psychisch gebied? nee ja*
2. Lijdt u of heeft u geleden aan ziektes of aandoeningen waarvoor langer dan twee weken behandeling en/of medicijnen nodig waren? nee ja*
3. Heeft u ooit een ongeval gehad met blijvend letsel? nee ja*

* Heeft u één of meerdere van de hierbovengestelde vragen met ja beantwoord, dan dient u ook onderstaande vragen te beantwoorden.

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden? _____

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen? _____
t/m _____

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd? Nee Ja, Wanneer bezocht u uw huisarts? _____
Staat u nog onder controle? Nee Ja

Arts of hulpverlener

Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureamedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie acupunctuur? Nee ja, Welke arts of hulpverlener heeft u bezocht _____
(naam en specialisme)?
Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener? _____
Staat u nog onder controle? Nee Ja
Heeft u nog klachten? Nee Ja

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja, Welke medicijnen zijn voorgeschreven? _____
Gebruikt u deze nog? Ja, In welke dosering? _____
 Nee, Sinds wanneer gestopt? _____

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest)
in een ziekenhuissanatorium, psychiatrische
ichting of andere verpleeginrichting?

 Nee Ja, Wanneer bent u opgenomen?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld

(naam en specialisme)?

Bent u geopereerd?

 Nee Ja, Wanneer bent u geopereerd?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld

(naam en specialisme)?**Blijvende gevolgen na een ongeval**

Is de aandoening, ziekte of gebrek,
alsmede klacht, het gevolg van
een ongeval waaraan u blijvend
lichamelijke of psychische gevolgen
heeft overgehouden?

 Nee Ja, Wanneer gebeurde dit ongeval?

Wat zijn de medische gevolgen ervan?

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord.

Datum

Plaats

Handtekening

U kunt dit aanvullende vragenformulier rechtstreeks sturen naar:

VvAA schadeverzekeringen nv

Medisch adviseur (vertrouwelijk)

Antwoordnummer 1551

3500 VP Utrecht

(een postzegel is niet nodig)