

GEZONDHEIDSVERKLARING

Hospitalisatieverzekering



Kantoorhoudersnummer:

Onze ref.

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier wordt **ingevuld door de kandidaat-verzekerde**. De informatie die u met dit formulier geeft, moet een vlotte acceptatie van uw polisaanvraag mogelijk maken. Zij wordt met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid behandeld.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Aan de raadsgeneesheer
Medische Dienst Leven
Argenta Assuranties nv
Belgiëlei 49-53
2018 Antwerpen

NIET-MEDISCH LUIK

1. Identificatie	
Naam:	
Voornaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Straat / nummer / bus:	
Postcode / gemeente:	

2. Gegevens huisarts	
Naam:	
Voornaam:	
Straat / nummer / bus:	
Postcode / gemeente:	

MEDISCH LUIK

1. Algemene gezondheidstoestand	
• Gewicht: kg
• Lengte: cm

Kantoorhoudersnummer:

Onze ref.

2. Ziektes, aandoeningen, handicaps en gezondheidsklachten

Hebt u de laatste 2 weken een geneesmiddel ingenomen? Nee - Ja

Welk geneesmiddel?	Reden?

Bent u momenteel in onderzoek of behandeling (uitgezonderd geneesmiddelen), al dan niet in een ziekenhuis? Is een onderzoek of behandeling aangeraden of voorzien? Nee - Ja

Welk onderzoek of behandeling?	Reden?

Hebt u een invaliditeit? Nee - Ja

Percentage?	Sinds wanneer?	Reden?

Hebt u een handicap? Nee - Ja

Welke?	Sinds wanneer?

Hebt u een chronische ziekte? Nee - Ja

Welke?	Sinds wanneer?

GEZONDHEIDSVRKLARING

Hospitalisatieverzekering



Kantoorhoudersnummer:

Onze ref.

Hebt u de laatste 3 jaar ziektes, ongevallen of medische behandelingen gehad? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja		
<i>Diagnose?</i>	<i>Van wanneer tot wanneer?</i>	<i>Huidige toestand?</i>

Hebt u de laatste 3 jaar een paramedische behandeling (bv. kinesithérapie, psychotherapie, logopedie) of alternatieve behandeling (bv. homeopathie, osteopathie, chiropraxie, acupunctuur) gevolgd? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja		
<i>Reden?</i>	<i>Van wanneer tot wanneer?</i>	<i>Huidige toestand?</i>

Bent u de laatste 10 jaar gehospitaliseerd geweest (inclusief dagziekenhuis)? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja		
<i>Reden?</i>	<i>Van wanneer tot wanneer?</i>	<i>Huidige toestand?</i>

Bent u momenteel arbeidsongeschikt? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja	
<i>Reden?</i>	<i>Sinds wanneer?</i>

Bent u de laatste 10 jaar langer dan 2 weken arbeidsongeschikt geweest? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja		
<i>Reden?</i>	<i>Van wanneer tot wanneer?</i>	<i>Huidige toestand?</i>

Hebt u andere inlichtingen in verband met uw gezondheidstoestand? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja	
<i>Welke?</i>	

Enkel voor personen van het vrouwelijk geslacht: bent u zwanger? <input type="checkbox"/> Nee - <input type="checkbox"/> Ja	
<i>Verwachte bevallingsdatum?</i>	

GEZONDHEIDSVERKLARING

Hospitalisatieverzekering



Kantoorhoudersnummer:

Onze ref.

Verklaring

Het onopzettelijk verzwijgen of het onjuist meedelen van ziektes of aandoeningen waarvan de symptomen zich al gemanifesteerd hebben bij het afsluiten van deze verzekering, kan belangrijke gevolgen voor de ondergetekende hebben. Zo kan de verzekeraar zijn tussenkomst beperken, de verzekering wijzigen of in sommige gevallen zelfs opzeggen indien de ziekte of aandoening wordt gediagnosticeerd binnen een termijn van 2 jaar vanaf de aanvang van het contract.

Als de ondergetekende opzettelijk gegevens verzwijgt of onjuist meedeelt, waardoor de verzekeraar wordt misleid bij zijn beoordeling van het risico, is de verzekeringsovereenkomst nietig, ongeacht wanneer de verzekeraar van het verzwijgen of het onjuist meedelen van de gegevens kennis heeft gekregen.

U weet dat de handtekening op het voorstel noch de verzekeringnemer, noch de verzekeraar verbindt tot het afsluiten van de overeenkomst. Indien de verzekeraar binnen 30 dagen na de ontvangst van het voorstel geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbindt hij zich tot het afsluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding.

Door de ondertekening van deze gezondheidsverklaring bevestigt u uw akkoord met de verwerking van de persoonsgegevens zoals beschreven in de privacyverklaring en de algemene voorwaarden van de polis. U bevestigt dat in het bijzonder voor uw gezondheidsgegevens.

Eventuele klachten kunt u, na mogelijke bespreking op het Argenta-kantoor, telefonisch of schriftelijk (per fax, per e-mail of per gewone brief) richten aan Argenta Assuranties nv, Klachtenbeheer, Belgiëlei 49-53, 2018 Antwerpen, telefoon: 03 285 56 45, fax: 03 285 55 28, e-mail: klachtenbeheer@argenta.be. Telefonische klachten moet u altijd schriftelijk (per fax, per e-mail of per gewone brief) bevestigen. Indien u van oordeel bent dat uw klacht niet of onvoldoende werd beantwoord door Klachtenbeheer, dan kunt u zich richten tot de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel, telefoon: 02 547 58 71, fax: 02 547 59 75, mail: info@ombudsman.as). U behoudt ook het recht om een gerechtelijke procedure in te leiden.

Ondertekening

Handtekening

Datum