

# Masterkey<sup>2</sup>Health

Louizalaan 166 Bus 1  
1050 Brussel  
België  
+ 32 (0)78 150 135

## Medische vragenlijst medische zorgen

Gelieve aan te kruisen wat toepasselijk is. Indien "ja" aangekruist is, geef altijd uitleg. Indien u meer ruimte wenst gelieve een bijlage te gebruiken met steeds de vermelding van uw naam en Ref. Nr. **Alle vragen dienen beantwoord te worden.**

1. Naam \_\_\_\_\_
- Geboortedatum \_\_\_\_\_ sexe  M  V
- Lengte (in cm) \_\_\_\_\_
- Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_
2. Hebt u gedurende de laatste drie jaar in behandeling geweest bij :
- een specialist  Neen  Ja
  - een psychotherapeute  Neen  Ja
  - een alternatieve geneesheer  Neen  Ja
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? (mm-jjjj) \_\_\_\_\_
- Hebt u nog klachten of bent u nog in behandeling op dit ogenblik ?  Neen  Ja
3. Bent u reeds opgenomen geweest in een hospitaal, een revalidatiecentrum, psychiatrie of andere verpleeginstellingen ?  Neen  Ja
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? (jjjj) \_\_\_\_\_
- Periode \_\_\_\_\_
4. Dient u nog een medische behandeling te ondergaan in de nabije toekomst?  Neen  Ja
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? (mm-jjjj) \_\_\_\_\_
5. Zijn er geneesmiddelen gebruikt?  Neen  Ja, dewelke?
- Welk geneesmiddel ? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Dagelijkse dosering \_\_\_\_\_
6. Lijdt u of leed u aan één van de volgende ziektes of aandoeningen ? Kruis het gepaste vakje aan  en onderlijn de desbetreffende ziekte.
- |   | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja | Indien ja, verklaar, periode |
|---|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - cardiovasculair stelsel   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - bloedsomloop- of hartritmestoornis  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - ademhalingsstoornis of hoge bloeddruk   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - astma, bronchitis, tuberculose, aanhoudend hoesten of andere longaandoeningen | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - maag-, lever- of gal-, blaasaandoeningen                                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - nier- en/of urineandoening of genitaliën                                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |
| - aandoening van reuma, hernia, spieren, gewrichten en beenderen                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    | _____                        |

- overspanning, psychische aandoening, problemen zenuwstelsel, stress, evenwichtstoornissen  Neen  Ja \_\_\_\_\_
- diabetes, schildklier, spataders of open been (zweer)  Neen  Ja \_\_\_\_\_
- oor-, oog- of huidaandoeningen  Neen  Ja \_\_\_\_\_
- rugklachten  Neen  Ja \_\_\_\_\_
- andere ziekten, aandoeningen niet vermeld hierboven  Neen  Ja \_\_\_\_\_

7. Is uw bloed onderzocht geweest voor nierziekten, diabetes, vetgehalte (cholesterol), hepatitis A en B, overdraagbare seksuele ziekten zoals syphilis of AIDS ?  Neen  Ja

Waarvoor? \_\_\_\_\_  
 Voor hoelang? \_\_\_\_\_  
 Resultaat? \_\_\_\_\_

8. Draagt u bril/contactlenzen?  Neen  Ja Dioptrie L \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
 Draagt u een hoorapparaat?  Neen  Ja Verlies (dB) L \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
 Hebt u een gebit, kronen, bruggen...  Neen  Ja Beschrijf \_\_\_\_\_  
 Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest? \_\_\_\_\_

**9. Bijkomende vragen vrouwelijke kandidaten:**

Bent u zwanger ?  Neen  Ja  
 Vermoedelijke datum van bevalling (dd-mm-jj) \_\_\_\_\_  
 Hoe verloopt de zwangerschap? \_\_\_\_\_  
 Hebben zich verwickelingen voorgedaan tijdens de zwangerschap of bevalling?  Neen  Ja, dewelke en wanneer ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Bent u al geweigerd voor een verzekering of opgezegd, of aanvaard onder speciale voorwaarden ?  Neen  Ja, maatschappij \_\_\_\_\_  
 op (dd-mm-jj) \_\_\_\_\_  
 Polisnummer \_\_\_\_\_

Voor welke redenen werd u geweigerd of opgezegd? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Welk is de behandelende geneesheer van de verzekerde?  
 Naam van de behandelende geneesheer \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefoon \_\_\_\_\_

1. Ik bevestig dat de antwoorden op de bovenstaande vragen oprecht zijn en dat ik geen inlichting heb verzwegen die een invloed kan hebben op de risicoraming uit medisch oogpunt.
2. Ik verklaar kennis te hebben van de zware gevolgen – nietigheid van het contract en dus weigering tot uitkering van de verzekerde sommen – van enig opzettelijk verwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens.
3. Ik sta mijn arts alvast toe om de medisch adviseur van de maatschappij een attest te bezorgen met de oorzaken van mijn overlijden.

Gedaan te : \_\_\_\_\_ , op \_\_\_\_\_

De verzekerde, met handtekening voorafgegaan door « gelezen en goedgekeurd »

### **Bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

De meegedeelde gegevens mogen door de verzekeringsmaatschappij worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van onze groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan.

De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld.

De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.

Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.