

### Medisch adviseur

U wilt een persoonlijke ongevallenverzekering aanvragen dat ook het risico op ongeval als gevolg van ziekte, kwaal of gebrek dekt. Daarom krijgt u deze gezondheidsvragen. Deze gezondheidsverklaring kan alleen worden ingezien door bepaalde medewerkers van W.A. Hienfeld B.V. (een zogenoemde medisch acceptant) of door de medisch adviseur. De medisch acceptant van W.A. Hienfeld B.V. beoordeelt in eerste instantie de ingevulde gezondheidsverklaring, maar hij/zij werkt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Als bij de vragen bijzonderheden zijn ingevuld kan de medisch acceptant de gezondheidsverklaring voorleggen aan de medisch adviseur. Soms heeft de medisch adviseur nog aanvullende informatie nodig of is een aanvullend onderzoek gewenst. De medisch adviseur adviseert daarna W.A. Hienfeld B.V. of die de verzekering wel of niet kan accepteren. En zo ja, onder welke voorwaarden.

**Let op:** Het kan ook zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nádat u de aanvraag heeft ingevuld? Maar vóórdát de verzekering ingaat? Geef dit dan direct door aan W.A. Hienfeld B.V.

### 1. Bestaande aandoeningen

a. Had u of heeft u 1 of meer van de hieronder vermelde klachten, ziekten of aandoeningen?

Klachten, ziekten of aandoeningen:

- van de hersenen of zenuwen, zoals epilepsie, spierziekte, TIA, beroerte  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- van psychische aard  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- van hart of bloedvaten  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- van de spieren, gewrichten of botten  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- van het gehoor, zoals doofheid of oorsuizen  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- suikerziekte  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- kwaadaardige zwelling of tumor, kanker  Nee  Ja\*, namelijk: .....
- andere klachten, ziekten of aandoeningen die voor een ongevallenverzekering van belang kunnen zijn.  Nee  Ja\*, namelijk: .....

\* Kruis ook Ja aan als u voor deze klachten, ziekte of aandoeningen:

- bij een huisarts, hulpverlener, alternatief zorgverlener (toelichten) of medisch specialist bent geweest. Of als u hier contact mee heeft opgenomen;
- was opgenomen in een ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere instelling;
- onder controle staat of onder behandeling bent.

**Let op:** Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u hiervoor niet bij een arts bent geweest.

b. Bent u ooit geopereerd of wordt u geopereerd?  Nee  Ja, namelijk: .....

c. Gebruikt u medicijnen of heeft u deze gebruikt?  Nee  Ja, namelijk: .....

### 2. Bril en/of contactlenzen

Draagt u een bril en/of contactlenzen sterker dan -8? Of heeft u die vroeger gedragen?

Nee  Ja, sterkte: \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_ rechts

### 3. Keuring

Bent u ooit in verband met een beroep, functie e.d. medisch gekeurd?

Nee  Ja, bij welke instantie en wanneer? .....

Bij afkeuring, wat was hiervan de reden? .....

### 4. Algemene vragen

Wat is uw gewicht? \_\_\_\_\_ kg Wat is uw lengte? \_\_\_\_\_ m

Zijn er aan uw functie, beroep, gezondheidstoestand, hobby's, leefgewoonten e.d., omstandigheden verbonden, welke een verhoogd risico op ongevallen met zich meebrengen?

Nee  Ja, welke omstandigheden? .....

### Ondertekening

U verklaart, als ondergetekende, dat de gegeven antwoorden volledig en juist zijn.

Datum:

Handtekening te verzekeren persoon:

Naam:

Geboortedatum:

**Let op:** Het verzwijgen of achterhouden van informatie kan leiden tot het niet uitkeren van de schade (zie ook Mededelingsplicht op het aanvraagformulier).

### Verzending

Na invulling en ondertekening van deze gezondheidsverklaring, graag met het aanvraagformulier opsturen (in een gesloten envelop) of (inscannen en) e-mailen naar W.A. Hienfeld B.V. t.a.v. afdeling medische acceptatie. Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam of medische-acceptatie@hienfeld.nl.

Bij gebrek aan invulruimte kunt u desgewenst de achterkant van dit formulier gebruiken of de extra informatie in uw e-mail vermelden.