

Contractnummer	:	
Naam, voorletters werknemer	:	
Geboortedatum	:	
Adres	:	
Postcode, plaats	:	
Telefoon	:	
Email	:	
Beroep	:	
BSN-nummer	:	

Huisarts	:	
Adres huisarts	:	
Postcode, plaats huisarts	:	
Telefoon huisarts	:	

Bovengenoemde verklaart

- | | | | |
|--|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. zich volkomen gezond te voelen | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 2. dat hij/zij de laatste 5 jaar niet langer dan 6 weken aansluitend ziek is geweest | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 3. dat hij/zij de laatste 5 jaar niet onder geneeskundige behandeling heeft gestaan of nog onder behandeling staat | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4. geen beperking te ondervinden bij het verrichten van zijn/haar werk | : | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Toelichting Indien u de vragen niet bevestigend kan beantwoorden, verzoeken wij u een toelichting te geven. Indien gewenst kunt u dit in een gesloten envelop ter attentie van de medisch adviseur meesturen.

Tevens verzoekt en machtigt ondergetekende verzekerde hiermee onherroepelijk alle artsen/behandelaren die hem/haar behandeld hebben of behandelen zullen, de door W.A. Hienfeld B.V. gevraagde inlichtingen te verschaffen betreffende zijn/haar gezondheidstoestand.

U kunt er op rekenen dat de op dit formulier vermelde gegevens door W.A. Hienfeld B.V. vertrouwelijk worden behandeld.

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op de gestelde vragen naar waarheid en naar beste weten volledig zijn ingevuld. Ondergetekende is zich er van bewust dat door verzwijging van gegevens of verstrekking van onjuiste of onvolledige informatie of opgave de verzekeringsovereenkomst kan worden opgezegd en/of het recht op uitkering kan vervallen.

Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening: