

**Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring (zonder arbeidsongeschiktheidsdekking)**

Kruiste u bij vraag 3 Ja aan? Vul dan deze bijlage in. Vul voor elke aandoening een aparte bijlage in. U kunt daarvoor meer bijlagen bij ons aanvragen. Zoveel u nodig heeft. Deze vraagt u aan door te bellen met uw verzekeraar of tussenpersoon. U kunt ook zelf een kopie maken van de bijlage.

Naam: ..... Geboortedatum: .....

**Aandoening**

Letter bij vraag 3 waar u Ja aankruiste: .....

Welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht heeft u? Of heeft u gehad? .....

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit? van ..... tot .....

**Huisarts**

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?  Nee  Ja

Zo ja, wanneer was dat? .....

Staat u nog onder controle?  Nee  Ja

Heeft u nog klachten?  Nee  Ja

**Arts of hulpverlener**

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? Bijvoorbeeld: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze, zoals homeopathie of acupunctuur.  Nee  Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener? Naam: .....  
Adres: .....  
Postcode: .....  
Woonplaats: .....

Wat is zijn specialisme? .....  
Wanneer ging u naar hem toe? .....

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

Zo ja, welke medicijnen zijn dit? .....

Gebruikt u deze nog?  Ja, in de volgende dosering: .....  
 Nee, ik ben gestopt. Dat deed ik op: .....

**Ziekenhuisopname**

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?  Nee  Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? .....

In welk ziekenhuis? .....  
Welke arts heeft u behandeld? .....  
Wat is zijn specialisme? .....

Bent u geopereerd?  Nee  Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? .....

In welk ziekenhuis? .....

Welke arts heeft u behandeld? .....

Wat is zijn specialisme? .....

**Blijvende gevolgen na een ongeval**

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval?  Nee  Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? .....

Wat zijn de medische gevolgen? .....

**Machtiging**

Met deze machtiging geeft u toestemming aan uw huisarts, uw behandelend arts of uw hulpverlener om ingeval de geneeskundig adviseur van Conservatrix Levensverzekeringen N.V. aanvullende gegevens nodig heeft, deze gegevens te verstrekken aan de geneeskundig adviseur van Conservatrix Levensverzekeringen N.V. Deze aanvullende gegevens kunnen betrekking hebben op de ziektegeschiedenis met de precieze aanvang, de verrichte onderzoeken en bevindingen, de gestelde diagnose(n), de ingestelde behandeling(en) en het verloop ervan. Deze machtiging geldt uitsluitend voor acceptatie van de aangevraagde verzekering. Het verstrekken van deze machtiging versnelt het afgeven van het advies van de geneeskundig adviseur aan Conservatrix Levensverzekeringen N.V. over het accepteren van de door u aangevraagde verzekering.

**Ondertekening**

U verklaart het volgende:

- U heeft de Toelichting op de gezondheidsverklaring gelezen. Deze Toelichting hoort bij het formulier.
- U heeft alle vragen beantwoord. Uw antwoorden kloppen. Dit geldt ook voor een bijlage als u die meestuurt. Daarmee voorkomt u dat de rechten uit deze overeenkomst kunnen vervallen.
- U heeft de machtiging begrepen.
- De verzekeraar beoordeelt of hij uw aanvraag accepteert. Dat doet hij mede op basis van het advies van de medisch adviseur. Dat vindt u goed. Dat geldt voor de verzekering die u nu aanvraagt. De verzekeraar gebruikt uw antwoorden ook als u later dezelfde soort verzekering aanvraagt.

Plaats ..... Datum .....

Uw handtekening .....  
(als u jonger dan 16 jaar bent: ouder/voogd)