

# Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

**[VERTROUWELIJK]**



KBC Verzekeringen  
Medisch adviseur / LEUtiens - LMD  
Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven

## Hoe deze vragenlijst invullen?

- Beantwoord alle vragen volledig en correct door bij elke vraag ja of neen aan te kruisen. Verduidelijk je ja-antwoorden zoveel mogelijk.
- Onderteken en dateer de vragenlijst.
- Neem contact op met het gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen van 8u30 tot 12u30 en van 13u30 tot 17u00) als je vragen hebt bij het invullen van de vragenlijst.

## Hoe de acceptatieprocedure versnellen?

Een onvolledig ingevulde vragenlijst wordt teruggestuurd en zorgt dus voor vertraging.

- Wees volledig bij het invullen van dit document: beantwoord elke vraag.
- Wees nauwkeurig bij het beantwoorden van de vragen: geef zoveel mogelijk informatie als je ja antwoordt.

- Groep  Overlijden  
 Individueel  Gewaarborgd inkomen/invaliditeit  
 premievrijstelling  
 hospitalisatie  
 SSV

## kantoor

naam en adres (of stempel)	agentnummer
.....	.....
.....	dossiernummer
.....	.....
.....	CBFA nummer
.....	.....

Polisnummer (indien gekend) .....

## verklaringen van de te verzekeren persoon

1 a. naam (voor gehuwde vrouwen enkel meisjesnaam) ..... voornaam .....

b. geboortedatum ..... geslacht  M  V

c. huidig adres .....

d. huidig beroep .....  
 vorig beroep .....

Indien uw huidig beroep een zelfstandige beroepsactiviteit betreft, graag de specifieke beroepsomschrijving noteren (niet alleen bedrijfsleider, zaakvoerder, ...) en indien van toepassing, ook het percentage administratief werk.

Beroepsomschrijving ..... % administratie .....

e. Beoefent u regelmatig sporten?  neen  ja Zo ja, welke?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> klimsporten                   | <input type="checkbox"/> elastiekspringen (bengyspringen) | <input type="checkbox"/> auto- en motorracen |
| <input type="checkbox"/> zeilreizen over lange afstand | <input type="checkbox"/> gevechtssporten                  | <input type="checkbox"/> waterracen          |
| <input type="checkbox"/> valschermspringen             | <input type="checkbox"/> stuntman                         | <input type="checkbox"/> diepzeeduiken       |
| <input type="checkbox"/> vliegtuigsporten              | <input type="checkbox"/> paardrijden                      |  |

andere sport, geef omschrijving: .....

Competitie  neen  ja Zo ja, welke competitie en frequentie? .....

Welk niveau/klasse .....

f. Bent u van plan in het buitenland te verblijven (behalve Europa en Noord-Amerika)?  neen  ja  
 Zo ja, waar? ..... wanneer en duurtijd? ..... doel? .....

g. Wie is uw huisarts (+ adres en tel.)? .....  
 sinds wanneer? .....

h. Mag KBC Verzekeringen u telefonisch of via mail contacteren indien er bij de evaluatie van deze medische vragenlijst nog  
 (bijkomende) vragen zijn?  neen  ja Zo ja, op welk nummer? .....  
 e-mail .....

Op welk tijdstip van de dag bent u het best bereikbaar? .....

	neen	ja	zo ja:
2 a. Gebruikt u alcoholische dranken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wekelijkse consumptie (aantal glazen): bier .....
			wijn ..... alcohol .....
zo neen, hebt u alcoholische dranken gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer gestopt? ..... waarom? .....
b. Rookt u of hebt u gerookt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dagelijkse consumptie: sigaret .....
			sigaar ..... pijp .....
			wanneer gestopt? .....
c. Gebruikt u verdovende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welke? .....
			hoeveel? .....
zo neen, hebt u verdovende middelen gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welke? .....
			wanneer gestopt? ..... waarom? .....

3 a. gewicht ..... kg lengte ..... cm

b. Is uw gewicht tijdens de laatste 5 jaren met 5 kg of meer gewijzigd?  neen  ja Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

	het laatste jaar?	de laatste 5 jaar?
hoeveel - en +?	..... kg	..... kg
hoogste gewicht?	..... kg	..... kg
laagste gewicht?	..... kg	..... kg

Redenen voor de verandering? .....

Bent u hiervoor in behandeling geweest?  neen  ja Zo ja, welke behandeling? .....  
 wanneer? .....

c. bloeddruk (indien gekend) ..... / .....

**Leed u of lijdt u aan één van de volgende aandoeningen of klachten/symptomen?  
Werd u of wordt u behandeld (raadpleging, operatie, opvolging, onderzoek)?**

**Indien ja: beantwoord volgende vragen.**

<p><b>a. Hart en bloedsomloop:</b> hartgeruis of -afwijking, hartinfarct, oedeem, borstpijn, hartkloppingen, aantasting van de slagaders, spataders, hoge bloeddruk, een aandoening van de kransslagaders, hersenbloeding of -trombose, hartritme-stoornissen of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>b. Bloed:</b> bloedarmoede, een afwijking van de bloedstolling of het beendermerg, leukemie of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>c. Zenuwstelsel en spieren:</b> verlamming, epilepsie, multiple sclerose, ischias, lumbago, zenuwontsteking of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>d. Endocriene organen of stofwisseling:</b> suikerziekte, verhoogd cholesterolgehalte, jicht, een aandoening van de schildklier of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>e. Psychische aandoeningen:</b> extreme vermoeidheid, overspannenheid, stress, angst, depressie, zelfmoordpoging, neurose, psychose, eetstoornis, genderproblematiek of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>f. Ademhalingsstelsel:</b> chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose of een andere aandoening</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>g. Spijverteringsstelsel of buik:</b> maag- of darmbloeding, aandoeningen van de slokdarm, de maag, de dunne darm, de dikke darm of de endeldarm, leveraandoeningen (hepatitis, cirrose, ...), aandoeningen van de galblaas of de pancreas, maagbreuk of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welk orgaan? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>h. Infectie- of parasitaire ziekte:</b> HIV, AIDS, tuberculose, malaria, geslachtsziekten, klierkoorts (mononucleosis), brucellosis of een andere infectie- of parasitaire ziekte?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>i. Urogenitaal stelsel:</b> eiwit in de urine, aandoeningen van de nieren of de urinewegen (nierkolieken, blaasontsteking, ...), incontinentie of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>j. Geslachtsorganen:</b> bij vrouwen: vruchtbaarheidsproblemen (IVF, kunstmatige bevruchting, ...), baarmoeder, borstaandoeningen, overvloedig bloedverlies of een andere aandoening; bij mannen: prostaat en andere aandoeningen</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>

<p><b>k. Beenderen of gewrichten:</b> breuken, artrose, gewrichts-ontstekingen, letsel aan pezen, spieren, ligamenten of meniscus, osteoporose, reuma of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Welk lichaamsdeel? .....</p> <p>Links of rechts? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p>Hebt u een prothese of is er osteosynthesemateriaal (metalen of kunststofplaten, spullen, vijzen en dergelijke) ingeplant?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke? .....</p> <p>Waar? .....</p>
<p><b>I. Oog:</b> oogontsteking, cataract, glaucoom, netvliesloslating (retina), dubbelzien, verminderd gezichtsvermogen of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Links of rechts? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p> <p>Dioptrieën links .....</p> <p>Dioptrieën rechts .....</p>
<p><b>m. Huid:</b> psoriasis, eczeem, cyste of een andere aandoening</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>n. Neus, keel en oren:</b> doofheid, verminderd gehoor, heesheid, duizeligheid, chronische neusverstopping, sinusitis, of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p><b>o. Tand en kaak:</b> open beet, malocclusie of een andere aandoening?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p>Wordt er een ingreep in het vooruitzicht gesteld?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke ingreep? .....</p> <p>Wanneer? .....</p>
<p>p. Hebt u een behandeling (niet een onderzoek!) ondergaan met radioactieve bestanddelen (bestraling) of chemotherapie (inфуus)?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke aandoening of klacht? .....</p> <p>Voor welk lichaamsdeel/orgaan? .....</p> <p>Welke behandeling? .....</p> <p>Wanneer en duurtijd? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p>q. Hebt u een esthetische ingreep (borstingreep, buikwandcorrectie, liften oogleden,...) ondergaan of wordt er een esthetische ingreep in het vooruitzicht gesteld?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke? .....</p> <p>Wanneer? .....</p> <p>Datum operatie? .....</p> <p>Duur van opname? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>
<p>r. Hebt u een heelkundige ingreep/operatie ondergaan?</p>	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	<p>Welke? .....</p> <p>Wanneer? .....</p> <p>Datum operatie? .....</p> <p>Duur van opname? .....</p> <p>Huidige situatie/evolutie? .....</p>

s. Werd u ooit in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Wanneer? ..... Datum van opname? ..... Waarom? ..... Duur? ..... Huidige situatie/evolutie? .....
t. Hebt u een ongeval met lichamelijke letsels gehad?  Ingeval schedeltrauma, ging dit gepaard met bewustzijnsverlies of coma?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke? ..... Wanneer? ..... Restletsels? ..... Huidige situatie/evolutie? ..... Duur bewustzijnsverlies of coma? .....
u. Andere aandoeningen of handicaps die niet hoger werden vermeld?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? ..... Welke behandeling? ..... Wanneer en duurtijd? ..... Huidige situatie/evolutie? .....

5.	neen	ja	Zo ja:
Hebt u ooit een arts geraadpleegd voor <b>neklachten?</b> (o.a. blokkage, discushernia, artrose, whiplash ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke aandoening of letsel/hoeveel keer/wanneer/periode/letsel/huidige toestand? ..... .....
Hebt u ooit een arts geraadpleegd voor <b>rugklachten?</b> (o.a. blokkage, verschot/lumbago, discushernia, artrose, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke aandoening of letsel/hoeveel keer/wanneer/periode/letsel/huidige toestand? ..... .....
Bent/hebt u omwille van <b>nek- of rugklachten</b> in behandeling geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medicatie: welke? ..... periode? ..... kinesitherapie: aantal? ..... periode? ..... osteopathie: aantal? ..... periode? ..... chiropraxie: aantal? ..... periode? ..... inspuitingen: welke? ..... periode? ..... hoeveel? ..... heelkundige ingreep: welke? ..... datum? ..... andere: welke? ..... periode? ..... welk? ..... datum? .....
een radiologisch onderzoek (o.a. radiografie, scan) of EMG (electromyografie) ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	afwijkingen? .....
arbeidsongeschikt geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... van ..... tot ..... van ..... tot .....

6.			
a. Bent u momenteel arbeidsongeschikt of belemmerd om uw normale activiteit uit te oefenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geheel <input type="checkbox"/> gedeeltelijk graad ..... waarom? ..... sedert wanneer? .....
b. Was u gedurende de afgelopen 5 jaar langer dan 3 opeenvolgende weken arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... duur? ..... waarom? .....
c. Ontvangt u een invaliditeitsrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geheel <input type="checkbox"/> gedeeltelijk graad ..... waarom? ..... sedert wanneer? .....

7.	neen	ja	Zo ja:
a. Neemt u regelmatig geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welke? ..... waarom? .....
b. Bent u in medische behandeling? (bv bij arts, kinesist, osteopaat, psycholoog, tandarts, orthodontist, diëtist,....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welke behandeling? ..... waarom? .....
c. Werd u gedurende de afgelopen 5 jaar ooit langer dan 3 weken behandeld (raadpleging, onderzoek, ingreep, opvolging?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... waarom? .....
d. Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden een dokter geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... waarom? .....
e. Hebt u binnenkort een afspraak met een dokter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... waarom? .....
Is er een opname in een ziekenhuis gepland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... waarom? .....
Moet u binnenkort een heelkundige ingreep ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... waarom? .....

8.

a. Onderging u de afgelopen 5 jaren één van volgende onderzoeken:			
Een elektrocardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	datum? ..... Waaron? ..... resultaat? .....
Een röntgenonderzoek (radiografie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	datum? ..... Waaron? ..... resultaat? .....
Een bloedonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	datum? ..... Waaron? ..... resultaat? .....
Een urineonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	datum? ..... Waaron? ..... resultaat? .....
b. Hebt u andere onderzoeken ondergaan (zoals een elektroencefalogram, een scan, een NMR, een scintigrafie of een arteriografie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wanneer? ..... welk? ..... waarom? ..... resultaat? .....

9.

Voor personen van het vrouwelijke geslacht:			
a. Voegere zwangerschappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoeveel? ..... eventuele verwickelingen? .....
b. Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoeveel maanden? ..... eventuele verwickelingen? .....

Ik, ondergetekende, verklaar dat mijn antwoorden in dit document oprecht, juist en volledig zijn en dat ik niets verzwegen heb dat voor KBC Verzekeringen NV van invloed kan zijn bij de beoordeling van het risico. Ik weet dat elke opzettelijk onjuiste of opzettelijk onvolledige verklaring de nietigheid van de verzekering meebrengt. Ik verzoek mijn behandelende artsen, alsook – in voorkomend geval – de arts die de doodsoorzaak zal vaststellen, uitdrukkelijk om aan de raadgevend geneesheer van KBC Verzekeringen NV de benodigde medische informatie en/of een verklaring over de doodsoorzaak, af te geven.

**KBC Verzekeringen NV**, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven gebruikt de gezondheidsgegevens die u haar als betrokkene – verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde - via dit formulier ter beschikking stelt voor het sluiten, beheren of uitvoeren van uw persoonsverzekeringen.

Gezondheidsgegevens zijn alle persoonsgegevens die de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand van de betrokkene betreffen en die rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de betrokkene.

De toegang tot de gezondheidsgegevens is beperkt tot die categorieën van personen die ze nodig hebben voor de vermelde doeleinden. Op verzoek kunt u er een lijst van krijgen. U hebt ook het recht om mededeling te vragen van de u betreffende gezondheidsgegevens. Mochten er ondanks alles toch onnauwkeurigheden voorkomen in de gezondheidsgegevens, dan mag u uiteraard de verbetering hiervan vragen. In alle gevallen richt u uw vraag schriftelijk aan de Afdeling Cliëntenservice van KBC, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven.

Met algemene privacyvragen kunt u terecht bij de Privacycommissie ([www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be)).

Ondergetekende verklaart hierbij op basis van informatie schriftelijk zijn vrije toestemming te geven aan KBC Verzekeringen voor het gebruiken van zijn gezondheidsgegevens in overeenstemming met deze privacyclausule. De wettelijke vertegenwoordiger treedt op voor de handelingsonbekwame persoon (zoals de minderjarige) die hij vertegenwoordigt.

De verzekerde verklaart een afschrift van dit document te hebben ontvangen. De handtekening van de verzekerde moet worden voorafgegaan door de eigenhandig geschreven formule “gelezen en goedgekeurd” (voor minderjarigen handtekening van één van de ouders of de wettelijk vertegenwoordiger). Deze medische acceptatiedocumenten worden afgeleverd binnen de dertig dagen na de ontvangst door de verzekeraar van het verzekeringsvoorstel. Dit betekent dat het sluiten van de verzekeringsovereenkomst afhankelijk is van bijkomend onderzoek en van het resultaat van dat onderzoek.

plaats

.....

datum

..... - ..... - .....

**handtekening van de verzekerde**

of voor minderjarigen van één van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger  
(voorafgegaan door “gelezen en goedgekeurd”)

.....