

**Gegevens verzekeringnemer indien het een aanvraag voor bedrijven betreft:**

Naam verzekeringnemer/ aanvrager:  
Naam Bedrijf:  
Naam Eigenaar:  
KKF nummer:  
Mobielnummer:  
E-mailadres:

**Gegevens verzekeringnemer indien het een aanvraag voor individuen betreft:**

Naam :  
Voornamen (voluit) :  
Geboortedatum : Geslacht: M / V  
Nationaliteit :  
Identiteitskaart- / Paspoortnummer :  
Mobiel nummer (verplicht) :  
E-mailadres :  
Faxnummer:  
Correspondentieadres :  
Bankinstelling/ rekeningnr. :

**Gegevens te verzekeren persoon:**

Naam:  
Voornamen:  
Geboortedatum: Geslacht: M / V  
Adres: Woonplaats:  
Nationaliteit:  
Identiteits-/ Paspoortnummer:  
Relatie tot de verzekeringnemer: (kopie verplicht)  
Mobielnummer (verplicht):  
E-mailadres:

Geef de gewenste ingangsdatum aan:

Bent u op dit moment elders verzekerd: Ja / Nee  
Zo ja, bij welke maatschappij? Vervaldatum verzekering:

**Medische vragen m.b.t. de te verzekeren persoon:**

1. Wat is uw lengte in cm?  
Wat is uw gewicht in kg?
2. Bent u arbeidsongeschikt? Zo ja, wat is de reden?

**Bent u in de laatste 5 jaren onder behandeling geweest van 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen?**

3. Cataract (staar, lensvertroebeling): Ja / Nee  
Glaucoom (verhoogde oogdruk) : Ja / Nee  
Afwijkingen aan netvlies? : Ja / Nee  
Een andere aandoening of ziekteverschijnsel van de ogen: Ja / Nee  
Indien Ja gaarne toelichten:

Bent u brildragend en/ of gebruikt u contactlenzen?: Ja / Nee  
Refractiegegevens (Sterkte): LS: RS: Cyl.:

4. Heeft u een ziekteverschijnsel of aandoening van de oren? Ja / Nee  
Last van oorsuizen: Ja / Nee  
Last van loopoor: Ja / Nee  
Heeft u trommelvliesbuisjes: Ja / Nee  
Heeft u een gehoorapparaat: Ja / Nee  
Zo ja, links/rechts?
5. Heeft u asthma? Ja / Nee
6. Heeft u hoge bloeddruk? Ja / Nee  
Heeft u Spataderen? Ja / Nee  
Heeft u aambeien? Ja / Nee  
Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed? Ja / Nee  
Heeft u een lage sahli (bloedarmoede)? Ja / Nee
7. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee  
Zo ja, welke medicatie gebruikt u?  
Wanneer heeft u voor het laatst een labonderzoek ondergaan?  
Bent u door een oogarts onderzocht?  
Wat waren de bevindingen?
8. Heeft u sikkelcellen? Ja / Nee  
Zo ja, welke type? SS AS
9. Heeft u een schildklieraandoening en/of een andere hormoonziekte? Ja / Nee
10. Heeft u last van maagzuur branden? Ja / Nee  
Heeft u last van oprispen? Ja / Nee
11. Heeft u last van bloed in de ontlasting? Ja / Nee  
Heeft u last van zwarte ontlasting? Ja / Nee
12. **Bent u in de laatste 5 jaren onder behandeling geweest van 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen?**  
-Hartziekte: Ja / Nee  
-Overspannen, duizeligheid, chronische hoofdpijn, migraine: Ja / Nee  
-Allergie voor stof, voedsel, medicijnen: Ja / Nee of iets anders nl.  
-Vallende ziekte, epilepsie: Ja / Nee  
-Reuma, Jicht: Ja / Nee  
-Artrose (slijtage van de gewrichten): Ja / Nee  
-Nek-rugklachten: Ja / Nee  
-Afwijkingen aan de wervelkolom of vaker rugpijn: Ja / Nee  
-Andere spier-of gewrichtsklachten  
Zo ja, welk lichaamsdeel?  
-Galblaasaandoening: Ja / Nee  
-Leveraandoening: Ja / Nee  
-Beroerte (CVA/TIA): Ja / Nee  
-Verlamming: Ja / Nee  
-Nieren of blaas: Ja / Nee  
-Prostaat: Ja / Nee  
-Baarmoeder, eileiders: Ja / Nee  
-Huidklachten: Ja / Nee  
Zo ja welke?  
Eczeem Psoriasis Anders nl.  
Uitstralende pijn vanuit uw rug naar een been of de benen

-Zenuwontsteking, botbreuken, botziektes: Ja / Nee

-Kanker of gezwellen: Ja / Nee

Zo ja, welk lichaamsdeel?

-Aangeboren afwijkingen: Ja / Nee

Zo ja, welke?

-Geestelijke aandoening: Ja / Nee

Zo ja, welke?

13.-Aandoening van de geslachtsorganen (penis, vagina): Ja / Nee

-Geslachtsziekte of seksueel overdraagbare aandoening: Ja / Nee

Zo ja, gaarne toelichten:

14.-Heeft u HIV: Ja / Nee

15.-Had u routinematige medische, pediatrie of gynaecologische controles, mammogrammen, uitstrijkjes, enz.: Ja / Nee

Zo ja, vermeld datum en resultaten:

16.-Wordt u behandeld voor Leishmaniasis ("Bos Yaws")? Ja / Nee

Wordt u behandeld voor tuberculose? Ja / Nee

17.- Rookt u? Zo ja, hoeveel sigaretten of shagjes per dag? Ja / Nee

Minder dan 10 10 of meer

18.- Drinkt u alcoholische drank? Zo ja, hoeveel glazen per maand: Ja / Nee

Minder dan 25 25 of meer

19.- Gebruikt u drugs? Ja / Nee

Zo ja, welke?

- Bent u ooit medisch behandeld voor alcohol- of drugsgebruik? Ja / Nee

20.- Wordt u gedialyseerd? Ja / Nee

Gaat u gedialyseerd worden? Ja / Nee

21.- Gebruikt u geneesmiddelen? Ja / Nee

Zo ja, welke en waarvoor of waartegen?

Hoe vaak? per dag / week / maand

Sinds wanneer?

Wie schrijft deze voor?

22.- Bent u ooit geopereerd geworden? Ja / Nee

Bent u ooit in het ziekenhuis opgenomen anders dan voor een operatie? Ja / Nee

Indien bij 1 of 2 van deze vragen "Ja" is aangekruist, ook het volgende invullen:

Naam specialist en ziekenhuis:

Reden van opname?

In welk jaar?

Heeft u nog klachten daarvan? Ja / Nee

Zo ja, wie behandelt u voor deze klachten?

23.- Ligt er een ziekenhuisopname in het vooruitzicht? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor?

Binnen hoeveel tijd? (dagen / weken / maanden )

24.-Bent u op dit moment onder medische behandeling voor een andere ziekte welke niet eerder is genoemd? Ja / Nee

Zo ja, welke ziekte?

25.-Heeft u ooit een ongeluk gehad waarbij er sprake was van lichamelijk letsel? Ja / Nee

In welk jaar?

Beschrijf het letsel

26.-Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist onder behandeling geweest? Ja / Nee

Naam specialist en ziekenhuis:

Reden van behandeling?

Wordt u nog steeds behandeld?

27. Voor vrouwen: Bent u op dit moment zwanger? Ja / Nee

Wordt u behandeld in verband met een kinderwens? Ja / Nee

28. Heeft u zwangerschappen gehad? Ja / Nee

Zo ja, had u tijdens uw zwangerschap

- Hoge bloeddruk? Ja / Nee

- Suikerziekte? Ja / Nee

29. Heeft u iets over uw gezondheid op te merken wat niet hierboven vermeld is? Ja / Nee

30. Is er ooit een levens-, ziektekosten- of ongevalverzekering:

- Afgewezen: Ja / Nee

- Opgezegd: Ja / Nee

- Uitgesteld: Ja / Nee

- Tegen verhoogde premie aangenomen: Ja / Nee

- Tegen bijzondere voorwaarden aangenomen: Ja / Nee

Zo ja, geef de bijzonderheden op:

31. Wie wilt u als huisarts als u bij PBZV verzekerd bent?

Naam:

Poli adres:

32. Wie is uw huidige of laatste huisarts?

Naam:

Poli adres:

Als uw gezondheidstoestand is veranderd, nadat u dit formulier hebt ondertekend én voordat de aanvraag is goedgekeurd, dient u ons hiervan onmiddellijk in kennis te stellen. In dit geval dient u de maatschappij van de nodige medische informatie te voorzien.

Ondergetekende verklaart hierbij de vragen naar waarheid te hebben beantwoord en geeft N.V. Parsaco toestemming om navraag te doen bij medici en of ziekenhuizen over hun gezondheidstoestand. De aanvrager is ermee bekend dat de verzekering tot stand komt na acceptatie door de maatschappij en dat deze aanvraag de basis van de overeenkomst zal vormen tussen de aanvrager en N.V. Parsaco. Art 320 W.v.K.\*

Datum:

Handtekening verzekerde (indien minderjarig, handtekening van beide ouders veriest):

.....

Datum:

Handtekening verzekeringnemer

.....

\* Art 320 W.v.K. luidt: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.

Naam Agent:

Couponnummer: