

### U krijgt een gezondheidsverklaring

U heeft een levensverzekering aangevraagd. Daarom krijgt u deze gezondheidsverklaring. Wilt u dit formulier helemaal invullen? De medisch adviseur kijkt vervolgens naar uw antwoorden. Hij adviseert daarna DELA (hierna genoemd 'de verzekeraar') of die de verzekering wel of niet kan accepteren. En zo ja, onder welke voorwaarden.

Let op: lees de Toelichting vóórdát u de gezondheidsverklaring invult.

### Vul alle vragen goed in

Dat is belangrijk. En dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat:

- de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt.
- de verzekeraar geen uitkering geeft bij overlijden.

Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.

Kruist u bij onderdeel 3 een letter aan?

Dan moet u hierover meer vertellen. Vul hiervoor de Bijlage bij onderdeel 3 in. Vul voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte bijlage in. U kunt daarvoor meer bijlagen bij ons aanvragen. Zoveel u nodig heeft. Deze vraagt u aan door te bellen met onze Klantenservice (bereikbaar op 040 260 16 36) of uw tussenpersoon. U kunt ook zelf een kopie maken van de bijlage.

### Als uw gezondheid verandert

Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nádat u de verklaring heeft ingevuld? Maar vóórdát de verzekering ingaat? Geeft u dit dan direct door aan de verzekeraar.

Heeft u:

- een definitieve bevestiging van uw acceptatie gekregen?
- de polis gekregen?
- een acceptatieblad gekregen?

Dan heeft de verzekeraar u definitief geaccepteerd.

Lees meer in de Toelichting onder het kopje 'Verandert uw gezondheid?'

1

## Algemene gegevens

### U bent?

Achternaam .....  Man  Vrouw

Voornaam .....

Adres .....

Postcode .....

Woonplaats .....

Geboortedatum .....

Aanvraagnummer in DELANet

     

Uw tussenpersoonnr. bij DELA

    

(Alleen van toepassing op  
tussenpersonen)

Is een van de volgende werkzaamheden op u van toepassing?

- Ik ben auto-/motorcoureur
- Ik ben beroepsvlieger/piloot
- Ik duik beroepsmatig
- Ik vaar beroepsmatig op zee/oceaan
- Ik werk bij Defensie
- Ik werk met explosieven
- Ik werk met giftige stoffen
- Ik werk met radioactieve stoffen
- Ik werk offshore
- Ik werk op hoogte (boven 15 meter)
- Geen van bovenstaande

Hoeveel uren werkt u per week? ..... uur

**Wie is uw huisarts?**

Naam .....  
Adres .....  
Postcode .....  
Woonplaats .....

**1 Algemene gegevens (vervolg)**

**Wilt u een uitleg krijgen van de medisch adviseur?**

De medisch adviseur schat uw gezondheidsrisico in. Dat doet hij met deze gezondheidsverklaring. Hij kan de verzekeraar adviseren om u de verzekering niet of onder afwijkende voorwaarden aan te bieden. Doet hij dat? Dan krijgt u hierover een brief van de medisch adviseur. Daarin staat uitleg over het medisch advies.

Wilt u deze brief niet krijgen? Kruis dat dan hier aan:

**Wilt u het advies als eerste horen?**

U heeft het recht het medisch advies als eerste te horen. Dit heet 'het recht op eerste kennisneming'. Het duurt dan wel wat langer voordat uw verzekeringspolis ingaat. Wilt u het medisch advies als eerste horen? Dan kunt u de verzekeraar een brief schrijven. U leest in de Toelichting in de bijlage hoe dit moet.

**2 Persoonlijke informatie**

Wat is uw lengte? .....cm

Wat is uw gewicht? ..... kg

Rookt u? .....  nee  ja

Wat rookt u? .....

Vanaf welke leeftijd rookt u? .....

Hoeveel rookt u gemiddeld per dag? .....

Heeft u gerookt? .....  nee  ja

Wat rookte u? .....

Vanaf welke leeftijd rookte u? .....

Hoeveel rookte u gemiddeld per dag? .....

Tot welke leeftijd heeft u gerookt? .....

Drinkt u alcoholische dranken? .....  nee  ja

Welke drank(en)? .....

Vanaf welke leeftijd drinkt u? .....

Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per week? .....

Heeft u alcoholische dranken gedronken? .....  nee  ja

Welke drank(en)? .....

Vanaf welke leeftijd dronk u? .....

Hoeveel glazen dronk u gemiddeld per week? .....

Tot welke leeftijd heeft u gedronken? .....

Gebruikt u drugs? .....  nee  ja

Welke drugs gebruikt u? .....

Vanaf welke leeftijd gebruikt u drugs? .....

Hoe vaak gebruikt u gemiddeld per week drugs? .....

Heeft u drugs gebruikt? .....  nee  ja

Welke drugs gebruikte u? .....

Vanaf welke leeftijd gebruikte u drugs? .....

Hoe vaak gebruikte u gemiddeld per week drugs? .....

Tot welke leeftijd heeft u drugs gebruikt? .....

Bent u van plan om in de komende twee jaar langer dan drie maanden naar een land buiten de EU te gaan?

- ja  
 nee

Als ja, waar gaat u naartoe? .....

Beoefent u een van onderstaande sporten/hobby's?

- Auto-/motorsport  
 Bergsport (m.u.v. skiën op piste)  
 Duiksport  
 Parachutespringen  
 Vliegen  
 Geen van bovenstaande

3

### Uw gezondheidstoestand

Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.

Let op! Als u in het verleden kanker heeft gehad, hoeft u dat in een aantal gevallen niet te melden. In welke gevallen u dat niet hoeft te melden, leest u in de Toelichting gezondheidsverklaring op pagina 6. In alle andere gevallen moet u wel melden dat u kanker heeft gehad.

Ook een opname of een bezoek aan een medisch specialist vanwege de kanker hoeft u in die gevallen niet te melden. In alle andere gevallen moet u wel melden dat u vanwege kanker een behandeling heeft gehad, bent opgenomen geweest of een medisch specialist heeft bezocht. Overleg met uw huisarts of medisch specialist, zeker als u twijfelt of de voorwaarden van toepassing zijn.

Let op!  
Kruis ook een letter aan als u:

- bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;
- bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

- A Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.
- B Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid.
- C Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.
- D Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van bloedvaten, embolie.
- E Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.
- F Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten.
- G Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier.
- H Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.
- I Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.
- J Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming.
- K Aandoening, ziekte of klachten van de ogen, huid, open been, fistels, trombose.
- L Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.

Heeft u hierboven één of

nee

meerdere letters aangekruist?

ja

Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte Bijlage bij onderdeel 3 in. Dit is belangrijk.

**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.
- 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) .....

Aantal bijlagen: .....

coöperatie DELA  
T.a.v. Medische Administratie  
Antwoordnummer 77100  
5600 TW Eindhoven

E-mail: [medischdlp@dela.org](mailto:medischdlp@dela.org)**Heeft u het formulier helemaal ingevuld, ook uw handtekening en de datum?****Stuurt u het formulier dan naar de medisch adviseur van uw verzekeraar.****Wilt u op de envelop 'vertrouwelijk' schrijven?**

DELA gaat zorgvuldig met uw persoonsgegevens om. Informatie over het gebruik van uw persoonsgegevens leest u op: [dela.nl/privacy-statement](http://dela.nl/privacy-statement).