

# PZS AANVRAAGFORMULIER



Naam aanvrager / Verzekeringnemer: .....

Datum indiening: .....

Gewenste ingangsdatum:..... Registratienummer : .....

\*Gegevens verzekerde :

Man  Vrouw

Naam:.....

Voornaam:.....

Geboortedatum:.....

ID-nummer / Paspoortnummer : .....(Kopie legitimatie verplicht)

Adres:.....

Woonplaats :..... District : .....

Tel / Mobiel:.....

Email:.....

Elders verzekerd? Ja  Nee

Zo ja, welke verzekeringsmaatschappij?..... Vervaldatum: .....

## Medische historie

Bent u de laatste 2 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen :  
(waarnodig aankruisen)

### 1. Oogziekten :

a) cataract (staar, lensvertroebeling)

b) glaucoom (verhoogde oogdruk)

c) een andere aandoening of ziekteverschijnsel van de ogen ?

d) Gebruikt u een bril of contactlenzen ?

### 2. Aandoeningen en/of ziekteverschijnselen van keel,neus of oren

### 3. Longen :

a) moet u regelmatig hoesten ?

b) heeft u nogal eens last van kortademigheid ?

c) heeft u bronchitis, bezetting of TBC ?

4. Een ziekte van het hart en/of de bloedvaten :

Heeft u :een geruis aan het hart of trombose ?

nogal eens pijn of een beklemd gevoel op de borst of hartstreek ?

hoge bloeddruk ?

spataderen ?

aambeien ?

pijn in de kuiten bij het lopen ?

een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed?

5. Heeft u suikerziekte ?

Zo ja, medicatie.....

Dosering : .....

6. Heeft u verschijnselen van steeds honger en dorst hebben en veel urineren ?

7. Heeft u H.I.V. ?

8. Rookt u?

Zo ja, hoe lang al en hoeveel sigaretten

of sigaren per dag ? .....

Minder dan 5  meer dan 5

9. Gebruikt u drugs?

Zo ja, welke?.....

Bent u ooit medisch behandeld voor drugsgebruik?

Ja / Nee 10.

- Overspannenheid, geestelijke aandoening of chronische hoofdpijn ?

- Vallende ziekte :

epilepsie, duizeligheid of bewustzijnsstoornissen

- Jicht

- Artrose (slijtage gewrichten)

- Andere spier- of gewrichtsklachten.

Zo ja, waar ? .....

- Langdurige nek- / rugklachten

- Nieren of blaas

- Huidklachten (v.b. eczeem, psoriasis)

- Allergie ? Zo ja, waarvoor?.....

- Kanker of gezwellen

- Aangeboren afwijkingen. Zo ja, welke ?.....

- Heeft u last van een lichamelijke en/of geestelijke aandoening?

Zo ja, welke?.....

Wie is/zijn de behandelende specialist(en) (geweest) ?.....

- Schildklier aandoening en/of een hormoonziekte

- Sikkelcellen

Zo ja, welke type ? SS  AS

- Verlammingen en "zenuwstoornissen"

- Maagklachten, darmklachten, leveraandoening of galblaasaandoening

- Prostaat

- Een geslachtziekte of sexueel overdraagbare aandoening, een aandoening van de geslachtsorganen

- Een zenuwontsteking, reuma ,botziektes of botbreuken

- Afwijkingen aan de wervelkolom of frequente rugpijn

- "Lage Sahli" ( bloedarmoede ) of een andere

bloedstoornis

- Verhoogde bloedingsneiging, dengue met of zonder

complicaties

Ja / Nee

- |   |   |
|---|---|
|   | <b>Ja / Nee</b>                                   |
| 11. Wordt u gedialyseerd?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Bent u op dit moment onder medische behandeling voor een andere ziekte welke niet eerder is genoemd?<br>Zo ja, welke ziekte ? ..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Gebruikt u of heeft u enige soort van medicijnen regelmatig gebruikt?<br>Zo ja, welke en hoe vaak en waartegen?.....                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Bent u ooit geopereerd geworden ?<br>Zo ja, waarvoor ?..... Wanneer?.....   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Licht er een opname in het vooruitzicht?<br>Zo ja, waarvoor ?..... Wanneer?.....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. <b>Voor vrouwen:</b> Bent u zwanger ?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Wie wenst u als PZS huisdokter ? ..... Telefoon: ..... Fax: .....<br>Adres:.....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Verzekering tandheelkunde**

Wenst u een tandheelkundige verzekering ? Ja  Nee   
 Welk pakket ?.....Gesaneerd d.d. ( saneringsbrief overleggen ) :.....  
 Wie wenst u als PZS tandarts ? .....(keuze uit onze tandartsencollectief)

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, dat hij/zij en de minderjarige mee te verzekeren kinderen in goede gezondheid verkeren en met uitzondering van de in dit formulier eerdergenoemde ziekte(n) of aandoening(en), niet lijden aan andere terugkerende ziekte(n) of geestelijke zwakheden. Hij/Zij verklaart naar waarheid de vragen te hebben beantwoord en geeft hierbij N.V. Self Reliance toestemming navraag te doen bij medici en/of ziekenhuizen over hun gezondheidstoestand.  
 Hij/Zij stemt ermee in, dat deze aanvraag de basis van het contract zal vormen tussen hemzelf / haarzelf en N.V. Self Reliance.  
 Indien de aanvrager minderjarig is, dient dit formulier door beide ouders ondertekend te worden.

Datum: ..... Handtekening verzekerde : .....

<b>Productkeuze</b> <input type="checkbox"/> PZS Basis <input type="checkbox"/> PZS Comfort	Handtekening verzekeringsnemer : .....
<b>Betalingswijze :</b> <input type="checkbox"/> Per jaar <input type="checkbox"/> Per halfjaar <input type="checkbox"/> Per kwartaal <input type="checkbox"/> Per maand	<b>Ziekenhuisklasse :</b> <input type="checkbox"/> Klasse 3 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> Klasse 1
<b>Door de kandidaatverzekerde in te vullen :</b> ( Indien en voorzover van toepassing )  Tussenpersoon / agent : .....	<b>Door N.V. Self Reliance in te vullen :</b> Premieberekening :  Naam proces eigenaar : Accoord acceptatie d.d. :

Aantekeningen door de PZS afdeling d.d.: .....

Aantekeningen door de Medisch Adviseur d.d.: .....

\* Deze gegevens zijn verplicht.