



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

## **Verzekeringsvoorstel Medische vragenlijst**

### **■ AG Care**

*Hospitalisatie - Medi-Assistance - DELTA* **▲**



**AG Care**

*Hospitalisatie*

**Exemplaar maatschappij**

Betreft het  een nieuwe zaak ?  
 een bestaand contract ? contractnr. : .....

**Producent** / Rekeningnr. : ..... CDV-nr. : ..... Benaming : .....

Ref. Producent : ..... Telefoon : ..... Fax : .....

Adres : .....

Bestemming stukken :  Producent  Verzekeringnemer

**1 Identiteit**

**Verzekeringnemer**  Dhr.  Mw.  Mej.  Dhr. en Mw.

Naam of rechtsvorm : ..... Voornaam of maatschappelijke benaming : .....  
*(in hoofdletters a.u.b.)*

Straat : ..... nr : ..... Bus : ..... BTW-nr.: .....

Postnummer : ..... Plaats : ..... Geboortedatum : .....

Telefoon : ..... Fax : ..... Taal : .....

*Indien er meer dan 4 verzekerden zijn, gelieve een nieuw document te gebruiken* **Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)**

	1	2	3	4
Naam <i>(in hoofdletters a.u.b.)</i>	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	.....	.....	.....	.....
Burgerlijke staat	.....	.....	.....	.....
Adres	.....	.....	.....	.....
<i>(indien verschillend van de verzekeringnemer)</i>	.....	.....	.....	.....
Beroep	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met eerste verzekerde	.....	.....	.....	.....

Sociaal statuut (Zelfstandige, Loontrekkende)  Z  L  Z  L  Z  L  Z  L  
 Aangesloten bij een ziekenfonds ?  NEEN  JA  NEEN  JA  NEEN  JA  NEEN  JA  
 Voor welke risico's ?  Kleine  Grote  Kleine  Grote  Kleine  Grote  Kleine  Grote

**2 Gekozen waarborgen**

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding) : ..... / ..... / .....

Gewenste jaarvervaldag : ..... / ..... / .....

Raadpleeg het tariefblad voor de eventuele premiereducties of -toeslagen alsook het document 'overzicht algemene ziekenhuizen'.

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten)  NEEN  JA
  - **DELTA**  NEEN  JA
  - Universitaire Hospitalen (met persoonlijk aandeel en aangeduid met (U) op overzicht algemene ziekenhuizen)  NEEN  JA
  - SL (AG Care zonder ziekenhuissegmentering)  NEEN  JA
  - Medi-Assistance  NEEN  JA
- Welke vrijstelling wenst u voor uw contract ?  
 (bedragen aan index 100)  
 0 EUR, 74,37 EUR, 173,53 EUR, 297,47 EUR  
 ..... EUR

**3 Betalingswijze**

jaarlijks  halfjaarlijks  driemaandelijks  maandelijks  
 Betaling verricht :  via de makelaar  aan Fortis AG per giro  
 aan Fortis AG door bankdomiciliëring (**gelieve het bericht van domiciliëring in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Care**)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door Fortis AG verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving met het oog op de doeleinden die bepaald zijn in de algemene voorwaarden.

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de informatie op de keerzijde van dit document.

Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen :

Datum ..... Handtekening .....



**AG Care**

*Hospitalisatie*

**Exemplaar cliënt**

Betreft het  een nieuwe zaak ?  
 een bestaand contract ? contractnr. : .....

**Producent** / Rekeningnr. : ..... CDV-nr. : ..... Benaming : .....

Ref. Producent : ..... Telefoon : ..... Fax : .....

Adres : .....

Bestemming stukken :  Producent  Verzekeringnemer

**1 Identiteit**

**Verzekeringnemer**  Dhr.  Mw.  Mej.  Dhr. en Mw.

Naam of rechtsvorm : ..... Voornaam of maatschappelijke benaming : .....  
*(in hoofdletters a.u.b.)*

Straat : ..... nr : ..... Bus : ..... BTW-nr.: .....

Postnummer : ..... Plaats : ..... Geboortedatum : .....

Telefoon : ..... Fax : ..... Taal : .....

*Indien er meer dan 4 verzekerden zijn, gelieve een nieuw document te gebruiken* **Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)**

	1	2	3	4
Naam <i>(in hoofdletters a.u.b)</i>	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	.....	.....	.....	.....
Burgerlijke staat	.....	.....	.....	.....
Adres	.....	.....	.....	.....
<i>(indien verschillend van de verzekeringnemer)</i>	.....	.....	.....	.....
Beroep	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met eerste verzekerde	.....	.....	.....	.....

Sociaal statuut (Zelfstandige, Loontrekkende)  Z  L  Z  L  Z  L  Z  L  
 Aangesloten bij een ziekenfonds ?  NEEN  JA  NEEN  JA  NEEN  JA  NEEN  JA  
 Voor welke risico's ?  Kleine  Grote  Kleine  Grote  Kleine  Grote  Kleine  Grote

**2 Gekozen waarborgen**

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding) : ..... / ..... / .....

Gewenste jaarvervaldag : ..... / ..... / .....

Raadpleeg het tariefblad voor de eventuele premiereducties of -toeslagen alsook het document 'overzicht algemene ziekenhuizen'.

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten)  NEEN  JA
- **DELTA**  NEEN  JA
- Universitaire Hospitalen (met persoonlijk aandeel en aangeduid met (U) op overzicht algemene ziekenhuizen)  NEEN  JA
- SL (AG Care zonder ziekenhuissegmentering)  NEEN  JA
- Medi-Assistance  NEEN  JA
- Welke vrijstelling wenst u voor uw contract ? (bedragen aan index 100)  
 0 EUR, 74,37 EUR, 173,53 EUR, 297,47 EUR  
 ..... EUR

**3 Betalingswijze**

jaarlijks  halfjaarlijks  driemaandelijks  maandelijks  
 Betaling verricht :  via de makelaar  aan Fortis AG per giro  
 aan Fortis AG door bankdomiciliëring (**gelieve het bericht van domiciliëring in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Care**)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door Fortis AG verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving met het oog op de doeleinden die bepaald zijn in de algemene voorwaarden.

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de informatie op de keerzijde van dit document.

Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen :

Datum ..... Handtekening .....

Dit voorstel moet tot grondslag dienen voor het toekomstig verzekeringscontract. Het bindt de partijen niet vóór de ondertekening ervan. De ondertekening van het voorstel brengt geen dekking mee. Nochtans, indien binnen 30 dagen na ontvangst van dit voorstel, behoorlijk ingevuld en ondertekend, Fortis AG u geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, of de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbinden wij ons tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. De ontvangstdatum van dit voorstel wordt bewezen door ons systematisch datumstempelen.



AG Care

Naam/Rekeningnr. Producent : .....

Hospitalisatie

Naam Verzekeringnemer : .....

VOORAFGAANDELIJKE BELANGRIJKE MEDEDELING

Deze vragenlijst is persoonlijk en vertrouwelijk. Elke kandidaat-verzekerde dient deze vragenlijst zelf in te vullen en te ondertekenen. Om administratieve redenen werd de medische vragenlijst aan het verzekeringsvoorstel gehecht en kunnen op hetzelfde document de gegevens van de te verzekeren gezinsleden ingevuld worden. Het gedeelte 'Medische Vragenlijst' kan echter losgemaakt worden, zodat de kandidaat-verzekerde, indien hij dit wenst, dit document volledig zelf kan invullen en rechtstreeks richten aan Fortis AG ter attentie van de adviserend geneesheer. Elke kandidaat-verzekerde kan uiteraard, indien hij dat wenst, een nieuw document gebruiken om de medische vragenlijst hieronder te beantwoorden.

Table with 4 columns (1-4) and 2 rows (Naam, Voornaam)

1 Metingen en Gewoonten

Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)

Table with 4 columns (1-4) and 8 rows (Gewicht, Lengte, Dagelijks verbruik van: alcohol, tabak, Bloeddruk, Momenteel in goede gezondheid?, Beoefende sport(en), Naam en adres van de huisarts)

2 Medische historiek

Lijdt of heeft één van de te verzekeren personen aan één van de volgende aandoeningen of symptomen geleden? Als het antwoord 'Ja' is, gelieve het nummer van de betrokken persoon aan te duiden in de rechter kolom. nr van de betrokken persoon

- A. Parasitaire ziekten : ( o.a.: tuberculose, malaria, HIV infectie, AIDS) ?
B. Ziekten van het endocrien stelsel of de stofwisseling : ( o.a.: suikerziekte, hypercholesterolaemie, jicht, schildklier-aandoening (krop)) ?
C. Bloedziekten : ( o.a.: anemie, leukemie, hemofilie, gezwollen klieren) ?
D. Psychiatrische stoornissen : ( o.a.: zenuwzinking, zelfmoordpoging, neurose, psychose, persoonlijkheids- of gedragsstoornissen) ?
E. Ziekten van het zenuwstelsel of de spieren : ( o.a.: duizeligheid, bezwijming, bevingen, verlamming, cerebraal-vasculaire stoornissen, epilepsie, multiple sclerose, ischias) ?
F. Ziekten van de ogen, de oren, de neus of de keel : ( o.a.: doofheid, heesheid, gezichtsstoornissen, myopie vanaf 8 dioptries, cataract) ?
G. Ziekten van het ademhalingsstelsel : ( o.a.: chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose) ?
H. Ziekten van het hart of de bloedsomloop : ( o.a.: misvorming, geruis van het hart, arteritis, flebitis, spataders, hoge bloeddruk, coronaire ziekte, myocardinfarct, ritmestoornissen) ?
I. Ziekten van de spijsverteringsorganen of het abdomen : ( o.a.: gastro-intestinale bloeding, stoornissen van de slokdarm, de maag, de ingewanden, de dikke darm en het rectum, aandoeningen van de lever (geelzucht, cirrose), van de galblaas of de pancreas, hernia) ?
J. Huidziekten : ( o.a.: psoriasis, cyste) ?
K. Ziekten van het urogenitaal stelsel : ( o.a.: aandoeningen van de nieren, de urinewegen (nierkolieken, cystitis), de geslachtsorganen) ?
L. Beender- of gewrichtsziekten : ( o.a.: rugpijn, lumbago, scoliose, discus hernia, artrose, rheuma, arthritis, osteomyelitis, osteoporose) ?
M. Andere aandoeningen of klachten dan deze hierboven vermeld ?

**Een van de te verzekeren personen :**

*nr van de betrokken persoon*

- N.** werd hij/zij gehospitaliseerd om medische redenen of andere gedurende de laatste 10 jaar (behalve voor bevallingen) ?  NEEN  JA .....
- O.** was hij/zij het slachtoffer van een ongeval ?  NEEN  JA .....
- P.** neemt of heeft hij/zij regelmatig geneesmiddelen genomen (behalve anti-conceptie)?  NEEN  JA .....
- Q.** moet hij/zij binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden, of een heelkundige ingreep ondergaan (behalve voor bevalling) ?  NEEN  JA .....
- Enkel voor de personen van het vrouwelijk geslacht :*
- R.** lijdt zij of heeft zij geleden aan een gynaecologische aandoening, een aandoening van de borsten ?  NEEN  JA .....
- S.** is zij zwanger ?  NEEN  JA .....
- Indien ja, voorziene datum van bevalling : ..... / ..... / .....

**3 Bijkomende verklaringen** (verplicht in te vullen indien één van de vragen hierboven van A tot R met JA beantwoord werd)

Nr van de betrokken persoon	Letter van de vraag	Aard van de aandoening of van de letsels	Periodes van hospitalisatie, van medische behandeling of arbeidsongeschiktheid	Gevolgen (lopende of voorziene behandelingen, volledige genezing)

(bij gebrek aan plaats om te antwoorden, gelieve uw documenten in bijlage bij te voegen en hun aantal hiervóór te vermelden)

De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij het in voege gaan van het contract en ten vroegste op de datum van de medische aanvaarding. Na het tot stand komen van het contract, zal dit document er deel van uitmaken.

De verzekeringnemer verklaart de wettelijke vertegenwoordiger te zijn van de te verzekeren personen die minderjarig zijn en staat borg voor hen. De ondergetekende(n) staat (staan) ervoor in dat de hierboven gestelde vragen nauwkeurig, volledig en naar waarheid werden beantwoord, en verklaren zich verantwoordelijk voor de juistheid van deze antwoorden, zelfs wanneer een derde persoon ze zou hebben geschreven.

De verzekeringnemer verklaart kennis te hebben genomen van de zware gevolgen - nietigheid van het contract, dus weigering de verzekerde waarborgen uit te betalen - waartoe het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde kunnen aanleiding geven (art. 6 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst).

Ondergetekende(n) verbindt (verbinden) zich ertoe alle inlichtingen in verband met zijn/haar (hun) gezondheidstoestand die voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn, op hun kosten, aan hun behandelende artsen te vragen en deze te verstrekken aan de adviserend geneesheer van de maatschappij.

Ondergetekende(n) gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat Fortis AG bovenvermelde medische gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken.

**Gelieve aan te kruisen wat past :**

- Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) kennis te hebben genomen van de mogelijkheid de medische vragenlijst afzonderlijk in te vullen en rechtstreeks over te maken aan de adviserend arts van Fortis AG, zoals hierboven beschreven onder het punt 'voorafgaandelijke belangrijke mededeling'. Ondergetekende(n) doet (doen) bijgevolg afstand van zijn/haar (hun) recht op aparte confidantiële behandeling en gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat bovenvermelde medische gegevens ingezameld en verwerkt worden door zijn/haar (hun) verzekeringsmakelaar buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.**

- Ondergetekende(n) wenst (wensen) een confidantiële behandeling van de persoonsgegevens die zijn/haar (hun) gezondheid betreffen en maakt (maken) de medische vragenlijst(en) rechtstreeks over aan Fortis AG ter attentie van de adviserend geneesheer.**

De ondergetekende(n) verklaart (verklaren) bovendien een afschrift van dit document ontvangen te hebben.

Gelieve iedere handtekening te doen voorafgaan door de woorden "gelezen en goedgekeurd".

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening van de verzekeringnemer, Handtekeningen van de verzekerde (meerderjarige) personen,



1. De betaling zal slechts worden uitgevoerd voor zover er voldoende beschikbare dekking aanwezig is op de rekening.
2. Het is mogelijk dat er tijdens de eerstvolgende dagen nog facturen ter betaling overgemaakt worden.  
Deze dienen dan nog zoals voordien te worden voldaan, tot de domiciliëring effectief ingaat.
3. Elk van de betrokken partijen heeft het recht de domiciliëring te herroepen.

Indien u zelf de domiciliëring wenst te herroepen, wendt u zich tot uw financiële instelling.

Desgevallend verwittigt u de schuldenaar op wiens naam de facturen worden opgesteld.

De herroeping zal uiterlijk 10 bankwerkdagen na de afgifte van het bericht van de herroeping van kracht worden.

De financiële instelling zal de schuldeiser op de hoogte brengen.

Indien uw financiële instelling de domiciliëring herroept, dan zal ze u en de schuldeiser hiervan op de hoogte brengen.

Desgevallend dient u de schuldenaar hiervan te verwittigen.

Indien de herroeping uitgaat van de schuldeiser, dan zal deze de schuldenaar van de facturen hiervan rechtstreeks op de hoogte brengen.

## **Fortis AG**

Emile Jacqmainlaan 53

B-1000 Brussel

Tel. +32(0)2 220 81 11

Fax +32(0)2 220 81 50

<http://www.fortisag.be>

e-mail: [info@fortisag.be](mailto:info@fortisag.be)

Fortis AG n.v.

Emile Jacqmainlaan 53 - B-1000 Brussel

RPR 0404.494.849 - BTW : BE 404.494.849

Onderneming toegelaten onder het codenummer 0079

Inter Partner Assistance n.v.

Louizalaan 166 bus 1 - B-1050 Brussel

RPR 0415.591.055 - BTW : BE 415.591.055

Onderneming toegelaten onder het codenummer 0487

om de bijstandsverzekering uit te oefenen.