



# Verzekeringsvoorstel hospi-xl

polisnummer .....

## bemiddelaar

Fidea-nummer

- nieuwe zaak
- ontwerp
- vervanging
- bijvoegsel
- samenhangend contract

### betaling

- jaarlijks
- zesmaandelijks
- driemaandelijks
- maandelijks (met domiciliëring)

naam en adres (of stempel)

CBFA-nummer

telefoonnummer

begindatum

jaarlijkse vervalddag

duur

e-mailadres

referentie

.....

jaarlijks opzegbaar

.....

.....

## verzekeringnemer

naam

voornaam

straat, huisnummer/bus

telefoonnummer

postcode

woonplaats (deelgemeente)

fusiegemeente

e-mailadres

.....

.....

## kandidaat-verzekerde(n) (met inbegrip van de verzekeringnemer indien hij moet verzekerd worden)

	persoon 1	persoon 2	persoon 3	persoon 4
naam	.....	.....	.....	.....
voornaam	.....	.....	.....	.....
geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
geboortedatum	.....	.....	.....	.....
huidig beroep	.....	.....	.....	.....
loontrekkende of zelfstandige	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Z	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Z

### Belangrijke opmerking aan de kandidaat-verzekerde(n)

1. Gelieve bij deze vragenlijst alle nuttige in uw bezit zijnde medische documenten te voegen.
2. Indien de plaats voor uw antwoorden onvoldoende is, gelieve de rubriek 14. "Bijkomende verklaringen" (zie blz. 3) te gebruiken.

## Vertrouwelijke vragenlijst voor verzekering zonder medisch onderzoek

(Persoonlijk in te vullen en te ondertekenen door alle meerderjarige kandidaat-verzekerden en voor een minderjarige kandidaat-verzekerde in te vullen en te ondertekenen door een meerderjarige die hem kan vertegenwoordigen, bv. ouder, voogd, ...)

vragenlijst	persoon 1	persoon 2	persoon 3	persoon 4
1) Verkeert u in goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
2) Bent u door enige invaliditeit of gebrek aangetast?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Indien ja, a) Aard?	.....	.....	.....	.....
b) Sedert wanneer?	.....	.....	.....	.....
c) Is dit aangeboren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
d) Percentage	..... %	..... %	..... %	..... %

Zetel van de vennootschap: Fidea NV, Van Eycklei 14, 2018 Antwerpen, België. BTW BE 0406.006.069, RPR Antwerpen.  
 Verzekeringsonderneming toegelaten voor alle takken niet-leven, behalve Casco rollend spoorwegmaterieel (tak 4), en levensverzekeringen, bruidschats- en geboorteverzekeringen al dan niet verbonden met beleggingsfondsen (takken 21, 22 en 23) onder code 0033 (K.B.'s 4 en 13 juli 1979, B.S. 14 juli 1979 en K.B. 30 maart 1993, B.S. 7 mei 1993). Bankrekening 733-2483200-30, IBAN BE15 7332 4832 0030, BIC KREDBEBB.

**Vragenlijst**

**Persoon 1**

**Persoon 2**

**Persoon 3**

**Persoon 4**

3. Naam, adres en telefoonnummer van uw huisdokter

4. Welk is uw lichaamsgewicht en lengte?  
Welk is uw gewichtsverschil sedert 3 jaar?

5. Hebt u een arts geraadpleegd in de laatste vijf jaren?

*Indien ja, a) Waarom?*

b) Wanneer?

c) Volledig genezen sinds?

d) Gevolgen?

6. Is er een behandeling of een ziekenhuisopname gepland?

*Indien ja, a) Waarom?*

b) Wanneer?

7. Hebt u in de laatste vijf jaren één der onderstaande onderzoeken ondergaan?

a) een elektrocardiogram

b) een bloedonderzoek

c) een urineonderzoek

d) een radiografie

Hebt u naar aanleiding van een dergelijk onderzoek een behandeling ondergaan?

*Omschrijving:*

e) Volledig genezen sinds?

f) Gevolgen?

8. Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan?

*Indien ja, a) Welke?*

b) Wanneer?

c) Volledig genezen sinds?

d) Gevolgen?

9. Volgt of volgde u een dieet, kinesitherapeutische, osteopathische of logopedische behandeling?

*Indien ja, a) Welke?*

b) Wanneer?

c) Waarom?

d) Volledige genezing sinds?

e) Gevolgen?

**Vragenlijst**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
10. Neemt of nam u geneesmiddelen in? <i>Indien ja, a) Welke?</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
b) Wanneer?				
c) Waarom?				
d) Datum stopzetting inname.				
e) Volledige genezing sinds?				
f) Gevolgen?				
11. Bent u reeds opgenomen geweest in een ziekenhuis, een sanatorium, een rusthuis of een psychiatrische instelling? <i>Indien ja, a) Waar?</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
b) Wanneer?				
c) Duur?				
d) Waarom?				
e) Volledige genezing sinds?				
f) Gevolgen?				
12. Lijdt u of hebt u geleden aan:				
Ziekte van de ademhalingsorganen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van het hart of van de bloedsomloop, hoge bloeddruk, aderspat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van het zenuwstelsel of de spieren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van het spijsverteringsstelsel alsook de lever, gal, pancreas, milt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van de urinewegen of de geslachtsorganen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van de ogen (ook cataract of staar) en het gehoor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ziekte van de beenderen of gewrichten of rugpijn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Diabetes, kanker, tropische ziekte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Psychische ziekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Besmettelijke ziekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Bloedziekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Was u slachtoffer van een ongeval?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Onderging u een test HIV met positief resultaat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Een andere ziekte of lichaamsstoornis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
<b>Indien ja op 1 van de vragen onder rubriek 12:</b>				
a) Welke aandoening?				
b) Wanneer?				
c) Duur van de aandoening?				
d) Datum van de genezing?				
e) Gevolgen?				
f) Opmerkingen:				
13. Voor vrouwelijke personen				
a) Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
b) Sedert wanneer?				
c) Had u reeds miskramen of zwangerschapsstoornissen, fertiliteitsonderzoek?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
d) Wanneer?				
14. Bijkomende verklaringen				

## bepalende elementen

Bedrag van de franchise  0 EUR  247,89 EUR  Forfaitaire dekking in een éénpersoonskamer?  
 61,97 EUR  300 EUR  ja  neen  
 123,95 EUR  400 EUR  
 185,92 EUR  500 EUR

Enkel voor vrouwen jonger dan 35 die zich **alleen** verzekeren: Wachtijd voor zwangerschap en bevalling  
 24 maanden  
 9 maanden (bijpremie 50%)

## inlichtingen betreffende de kandidaat-verzekerde(n)

Bent u verzekerd geweest of bent u in onderhandeling voor identieke of analoge prestaties door een individueel of collectief contract?  ja  neen

Indien ja, gelieve hieronder te specificeren.

aard van de verzekering	waarborgen en verzekerde sommen (voor contracten in voege) of redenen van vernietiging (voor vernietigde contracten)	naam van de maatschappij en polisnummer	naam verzekerde(n)

## Gezinstoestand

Aantal gezinsleden: .....

Zijn de gezinsleden die niet aansluiten in de polis HOSPI-XL reeds verzekerd voor de waarborg Hospitalisatie?  ja  neen  
Indien ja, Bij Fidea?  ja  neen  
In het kader van een groepsverzekering?  ja  neen

Werd u voor een levens-, een invaliditeits- of hospitalisatieverzekering afgewezen, uitgesteld of aanvaard tegen speciale voorwaarden?  ja  neen  
Indien ja, Om welke reden?  
.....

## Privacyclausule Hospitalisatieverzekering Fidea

De door u meegedeelde persoonlijke gegevens betreffende de verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde worden door Fidea en haar tussenpersonen gebruikt om de verzekering te sluiten, te beheren, uit te voeren en in het algemeen om u een volledige dienstverlening te kunnen bieden. Soms is het nodig hierbij gezondheidsgegevens te verwerken.

Gegevens over identiteit en productbezit kunnen door Fidea voor marketingdoeleinden worden gebruikt. Verzet hiertegen is mogelijk door een eenvoudige mededeling.

Vermits Fidea, samen met andere verzekeraars, misbruik van verzekeringen wil tegengaan, kan zij voor dit doel gegevens opslaan in een Fidea-databank en meedelen aan de ESV DATASSUR. U wordt hiervan op de hoogte gebracht en hebt de mogelijkheid om bij DATASSUR, de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel, inzage of rechtzetting te vragen van de meegedeelde gegevens.

Met vragen over de wijze waarop wij de privacy garanderen, kunt u terecht bij de Privacy-dienst van Fidea. U kan er ook inzage krijgen van de verwerkte gegevens en eventuele fouten laten verbeteren.

Dit verzekeringsvoorstel verbindt noch de kandidaat-verzekeringnemer, noch de maatschappij tot het sluiten van het contract.

De ondertekening van dit voorstel brengt geen dekking met zich mee.

De maatschappij verbindt er zich evenwel toe het contract te sluiten, op straffe van schadevergoeding indien zij de kandidaat-verzekeringnemer binnen de 30 dagen na ontvangst van dit voorstel geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht of deze er niet van verwittigd heeft dat zij de verzekering weigert of de aanvaarding ervan afhankelijk stelt van een voorafgaandelijk onderzoek.

Opgemaakt te

op datum

### handtekening verzekeringnemer

laten voorafgaan door "Gelezen en goedgekeurd"

### handtekening meerderjarige kandidaat-verzekerde(n)

laten voorafgaan door "Gelezen en goedgekeurd"

Voor de **minderjarige kandidaat-verzekerde(n)**:  
("Gelezen en goedgekeurd" gevolgd door handtekening + hoedanigheid meerderjarige vertegenwoordiger)