

## MEDISCHE VRAGENLIJST-VERTROUWELIJK

Bemiddelaar (in te vullen indien van toepassing):

Nr.:

Naam:

Polisnummer:

### 1. Verzekeringnemer:

Benaming:  Dhr.  Mevr. Onderschrijft u namens een maatschappij?  Ja  Nee Zo ja, omschrijf hieronder

Naam maatschappij:

Ondernemingsnr.:

Voornaam:

Naam:

Adres:

Nr.:

Bus:

Postcode:

Gemeente:

Geboortedatum:

Rijksregisternr.:

RIZIV-nr. (indien gekend):

Tel./GSM :

E-mail (privé) :

Statuut : Zelfstandig(e) Bediende Beroep :

Sociëtarisnr.:

Bankrekeningnr.:

### 2. Algemene vragen:

Indien u een Verzekering Gewaarborgd Inkomen wenst af te sluiten, is een 'recht om vergeten te worden' onder bepaalde voorwaarden van toepassing. U vindt meer informatie in de clausule 'recht om vergeten te worden' en in bijlage 1.

A. Valt u buiten de schijven 1 tot 11 van de BMI-tabel?

Ja  Nee

#### Verdeling van de schijven op lengte (m) en gewicht (kg)

Lengte (m)

| Gewicht (kg) | 1,40      | 1,45 | 1,50 | 1,55 | 1,60 | 1,65 | 1,70 | 1,75 | 1,80 | 1,85 | 1,90 |
|--------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|              | 1,50      | 1,55 | 1,60 | 1,65 | 1,70 | 1,75 | 1,80 | 1,85 | 1,90 | 1,95 | 2,00 |
| 37,5-52,5    | Schijf 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 40-55        | Schijf 2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 42,5-60      | Schijf 3  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 45-62,5      | Schijf 4  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 50-67,5      | Schijf 5  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 52,5-72,5    | Schijf 6  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 55-77,5      | Schijf 7  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 57,5-82,5    | Schijf 8  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 60-85        | Schijf 9  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 65-90        | Schijf 10 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 67,5-95      | Schijf 11 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

B. Is uw gewicht met meer dan 5 kg toegenomen of afgenomen in de afgelopen 5 jaar?

Ja  Nee

C. Gebruikt u dagelijks alcoholische dranken?

Ja  Nee

|   |  |
|---|--|
| D. Bent u roker of heeft u vroeger gerookt?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| E. Heeft u in de afgelopen 5 jaar verdovende middelen gebruikt?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| F. Heeft u in de afgelopen 5 jaar een behandeling moeten volgen in een ziekenhuis (inclusief daghospitaal), een sanatorium, een psychiatrische instelling of een andere inrichting, of moet u binnenkort worden opgenomen?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| G. Heeft u in de afgelopen 5 jaar uw beroepsactiviteiten moeten onderbreken of heeft u een behandeling moeten ondergaan (anders dan anticonceptie) gedurende meer dan 15 opeenvolgende dagen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| H. Werd bij u een afwijking of aandoening vastgesteld tijdens een onderzoek, of bent u momenteel onderworpen aan een onderzoek/behandeling of is een onderzoek/behandeling gepland of aangeraden voor een mogelijke aandoening?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| I. Lijdt u of heeft u geleden aan een vergiftiging of bent u het slachtoffer geweest van een ongeval?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| J. Draagt u een bril of lenzen met een sterkte van meer dan -6 of +6?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| <p>Als u "Ja" hebt geantwoord op vraag A, B, C, D of E, gelieve de overeenkomstige aanvullende rubriek in te vullen.<br/>         Als u "Ja" hebt geantwoord op minstens één van de vragen F, G, H of I, gelieve voor elk te verklaren geval een gezondheidsformulier in te vullen. Eén formulier volstaat voor eenzelfde aandoening, zelfs als deze betrekking heeft op meerdere deelvragen.<br/>         Als u op alle vragen 'neen' hebt geantwoord, hoeft u geen aanvullende informatie te verstrekken.</p> |  |

### 3. Aanvullende rubrieken:

#### A. Valt u buiten de schijven 1 tot 11 van de BMI-tabel? (zie 2. A.)?

Gewicht:                      kg    Lengte:                      cm

Als uw gewicht de afgelopen 5 jaar met 5 kg heeft geschommeld (uitgezonderd zwangerschappen):

- Mijn gewicht is  toegenomen  afgenomen met:                      kg
- Oorzaken van de schommeling:

Licht toe indien u medisch advies heeft gekregen of een behandeling heeft gevolgd in verband met uw gewicht:

#### B. Is uw gewicht met meer dan 5 kg toegenomen of afgenomen in de afgelopen 5 jaar?

Gewicht:  kg    Lengte:                      cm

Als uw gewicht de afgelopen 5 jaar met 5 kg heeft geschommeld (uitgezonderd zwangerschappen):

- Mijn gewicht is  toegenomen  afgenomen met:                      kg
- Oorzaken van de schommeling:

Licht toe indien u medisch advies heeft gekregen of een behandeling heeft gevolgd in verband met uw gewicht:

### C. Gebruikt u dagelijks alcoholische dranken?

1) Welke soort(en) alcoholische drank consumeert u het vaakst?

- Bier/ cider  Wijn/ champagne  
 Aperitieven/Cocktails (vermouth, pastis, porto...)  Sterke drank (whisky, rum, vodka...)

2) Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?

- Nooit  Minder dan één keer per week  
 1 tot 2 keer per week  3 tot 6 keer per week  
 Elke dag

3) Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld op een typische dag dat u alcohol consumeert?

(Een standaardglas = ongeveer 25 cl bier, 10 cl wijn, of 3 cl sterke drank.)

- 1 glas of minder  2 glazen  3 glazen  4 glazen of meer

Licht toe indien u medisch advies heeft gekregen of een behandeling heeft gevolgd in verband met uw alcoholgebruik:

### D. Bent u roker of heeft u vroeger gerookt?

U bent roker.

Periode: (JJJJ) tot (JJJJ)

U bent in het verleden roker geweest.

Reden van het stoppen?

- Persoonlijke keuze  
 Medisch advies of gezondheidsredes  
 Andere:

Licht toe indien u medisch advies heeft gekregen of een behandeling heeft gevolgd in verband met uw rookgedrag:

### E. Heeft u in de afgelopen 5 jaar verdovende gebruikt?

1) Welke verdovende middelen heeft u in de afgelopen 5 jaar gebruikt?

- Softdrugs (Cannabis/Hasj ...)  Harddrugs (Cocaïne, MDMA, Ketamine ...)

2) Hoe vaak heeft u deze middelen gebruikt?

- Zelden (Minder dan 1 keer per jaar)  Af en toe (1 tot 3 keer per jaar)  
 Regelmatig (meer dan 3 keer per jaar)  Vaak (1 keer of meer per week)

## 4. Gezondheidsfiche:

|    |  | Aandoening 1  | Aandoening 2  | Aandoening 3  | Aandoening 4  |
|----|--|---|---|---|---|
| 1  | <b>Wat is de aard van deze aandoening?</b>   | <input type="checkbox"/> Ziekte<br><input type="checkbox"/> Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging<br><input type="checkbox"/> Andere:  | <input type="checkbox"/> Ziekte<br><input type="checkbox"/> Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging<br><input type="checkbox"/> Andere:  | <input type="checkbox"/> Ziekte<br><input type="checkbox"/> Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging<br><input type="checkbox"/> Andere:  | <input type="checkbox"/> Ziekte<br><input type="checkbox"/> Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging<br><input type="checkbox"/> Andere:  |
|    | Begindatum:  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  |
|    | Eindatum:  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (jj/mm/aaaa)  |
| 2. | <b>Op welke vermelding(en) uit de hoofdvraag heeft deze aandoening betrekking? (Meerdere antwoorden mogelijk.)</b> | <input type="checkbox"/> Onderbreking van beroepsactiviteit<br><input type="checkbox"/> Ziekenhuisbehandeling<br><input type="checkbox"/> Behandeling >15 dagen<br><input type="checkbox"/> Vastgestelde afwijking<br><input type="checkbox"/> Ziekte/Aandoening/Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging   | <input type="checkbox"/> Onderbreking van beroepsactiviteit<br><input type="checkbox"/> Ziekenhuisbehandeling<br><input type="checkbox"/> Behandeling >15 dagen<br><input type="checkbox"/> Vastgestelde afwijking<br><input type="checkbox"/> Ziekte/Aandoening/Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging   | <input type="checkbox"/> Onderbreking van beroepsactiviteit<br><input type="checkbox"/> Ziekenhuisbehandeling<br><input type="checkbox"/> Behandeling >15 dagen<br><input type="checkbox"/> Vastgestelde afwijking<br><input type="checkbox"/> Ziekte/Aandoening/Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging   | <input type="checkbox"/> Onderbreking van beroepsactiviteit<br><input type="checkbox"/> Ziekenhuisbehandeling<br><input type="checkbox"/> Behandeling >15 dagen<br><input type="checkbox"/> Vastgestelde afwijking<br><input type="checkbox"/> Ziekte/Aandoening/Ongeval<br><input type="checkbox"/> Vergiftiging   |
|    | Precieze medische benaming (indien bekend):  |   |   |   |   |
| 3. | <b>Huidige toestand van de aandoening:</b>   | <input type="checkbox"/> Volledig genezen<br><input type="checkbox"/> Bezig met behandeling<br><input type="checkbox"/> Onder medische opvolging<br><input type="checkbox"/> Genezen met blijvende gevolgen<br><input type="checkbox"/> Andere :  | <input type="checkbox"/> Volledig genezen<br><input type="checkbox"/> Bezig met behandeling<br><input type="checkbox"/> Onder medische opvolging<br><input type="checkbox"/> Genezen met blijvende gevolgen<br><input type="checkbox"/> Andere :  | <input type="checkbox"/> Volledig genezen<br><input type="checkbox"/> Bezig met behandeling<br><input type="checkbox"/> Onder medische opvolging<br><input type="checkbox"/> Genezen met blijvende gevolgen<br><input type="checkbox"/> Andere :  | <input type="checkbox"/> Volledig genezen<br><input type="checkbox"/> Bezig met behandeling<br><input type="checkbox"/> Onder medische opvolging<br><input type="checkbox"/> Genezen met blijvende gevolgen<br><input type="checkbox"/> Andere :  |
| 4. | <b>Arbeidsongeschiktheid ivm de aandoening:</b>  |   |   |   |   |
|    | Bent u ooit langer dan 3 weken arbeidsongeschikt geweest vanwege deze aandoening?                                  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
|    | Soort eerdere arbeidsongeschiktheid:   | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  |
|    | Duur:  | dagen   | dagen   | dagen   | dagen   |
|    | Bent u momenteel arbeidsongeschikt vanwege deze aandoening ?   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
|    | Soort eerdere arbeidsongeschiktheid:   | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  | <input type="checkbox"/> Volledig<br><input type="checkbox"/> Gedeeltelijk :                   %  |
|    | Sinds wanneer?   | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  | (dd/mm/jjjj)  |
|    | Geschatte duur (indien bekend):  | dagen   | dagen   | dagen   | dagen   |
| 5. | <b>Hersenletsel of verminderd bewustzijn?</b>  | <input type="checkbox"/> Hersenletsel<br><input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies/ coma  | <input type="checkbox"/> Hersenletsel<br><input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies/ coma  | <input type="checkbox"/> Hersenletsel<br><input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies/ coma  | <input type="checkbox"/> Hersenletsel<br><input type="checkbox"/> Bewustzijnsverlies/ coma  |
|    | Duur:  | dagen   | dagen   | dagen   | dagen   |
| 6. | <b>Lopende of aanbevolen behandeling of dieet?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
|    | Type behandeling:  | <input type="checkbox"/> Medicatie<br><input type="checkbox"/> Heelkunde<br><input type="checkbox"/> Chemotherapie/Immunotherapie/Radiotherapie<br><input type="checkbox"/> Bloedtransfusies<br><input type="checkbox"/> Kinesitherapie/ Revalidatie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Hypnotherapie/Psychiatrische opvolging /...<br><input type="checkbox"/> Dieetvoorschrift<br><input type="checkbox"/> Kuur<br><input type="checkbox"/> Andere:   | <input type="checkbox"/> Medicatie<br><input type="checkbox"/> Heelkunde<br><input type="checkbox"/> Chemotherapie/Immunotherapie/Radiotherapie<br><input type="checkbox"/> Bloedtransfusies<br><input type="checkbox"/> Kinesitherapie/ Revalidatie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Hypnotherapie/Psychiatrische opvolging /...<br><input type="checkbox"/> Dieetvoorschrift<br><input type="checkbox"/> Kuur<br><input type="checkbox"/> Andere:   | <input type="checkbox"/> Medicatie<br><input type="checkbox"/> Heelkunde<br><input type="checkbox"/> Chemotherapie/Immunotherapie/Radiotherapie<br><input type="checkbox"/> Bloedtransfusies<br><input type="checkbox"/> Kinesitherapie/ Revalidatie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Hypnotherapie/Psychiatrische opvolging /...<br><input type="checkbox"/> Dieetvoorschrift<br><input type="checkbox"/> Kuur<br><input type="checkbox"/> Andere:   | <input type="checkbox"/> Medicatie<br><input type="checkbox"/> Heelkunde<br><input type="checkbox"/> Chemotherapie/Immunotherapie/Radiotherapie<br><input type="checkbox"/> Bloedtransfusies<br><input type="checkbox"/> Kinesitherapie/ Revalidatie<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Hypnotherapie/Psychiatrische opvolging /...<br><input type="checkbox"/> Dieetvoorschrift<br><input type="checkbox"/> Kuur<br><input type="checkbox"/> Andere:   |
|    | Naam van de behandeling:   |   |   |   |   |
|    | Data van de behandeling (dd/mm/jjjj):  | Van                    tot  | Van                    tot  | Van                    tot  | Van                    tot  |
| 7. | <b>Medisch onderzoek</b>   |   |   |   |   |
|    | Werden er onderzoeken uitgevoerd?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
|    | Zijn er onderzoeken lopende of gepland?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee   |
|    | Type :   | <input type="checkbox"/> Bloedanalyse(s)<br><input type="checkbox"/> Urineonderzoek<br><input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis B/C screening<br><input type="checkbox"/> Röntgenfoto<br><input type="checkbox"/> MRI (NMR)<br><input type="checkbox"/> CT-Scan<br><input type="checkbox"/> Echografie<br><input type="checkbox"/> Endoscopie<br><input type="checkbox"/> Gastroscopie<br><input type="checkbox"/> Colonoscopie<br><input type="checkbox"/> Videoscopie<br><input type="checkbox"/> Elektrocardiogram<br><input type="checkbox"/> Elektro-encefalogram<br><input type="checkbox"/> Elektromyogram<br><input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Bloedanalyse(s)<br><input type="checkbox"/> Urineonderzoek<br><input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis B/C screening<br><input type="checkbox"/> Röntgenfoto<br><input type="checkbox"/> MRI (NMR)<br><input type="checkbox"/> CT-Scan<br><input type="checkbox"/> Echografie<br><input type="checkbox"/> Endoscopie<br><input type="checkbox"/> Gastroscopie<br><input type="checkbox"/> Colonoscopie<br><input type="checkbox"/> Videoscopie<br><input type="checkbox"/> Elektrocardiogram<br><input type="checkbox"/> Elektro-encefalogram<br><input type="checkbox"/> Elektromyogram<br><input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Bloedanalyse(s)<br><input type="checkbox"/> Urineonderzoek<br><input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis B/C screening<br><input type="checkbox"/> Röntgenfoto<br><input type="checkbox"/> MRI (NMR)<br><input type="checkbox"/> CT-Scan<br><input type="checkbox"/> Echografie<br><input type="checkbox"/> Endoscopie<br><input type="checkbox"/> Gastroscopie<br><input type="checkbox"/> Colonoscopie<br><input type="checkbox"/> Videoscopie<br><input type="checkbox"/> Elektrocardiogram<br><input type="checkbox"/> Elektro-encefalogram<br><input type="checkbox"/> Elektromyogram<br><input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Bloedanalyse(s)<br><input type="checkbox"/> Urineonderzoek<br><input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis B/C screening<br><input type="checkbox"/> Röntgenfoto<br><input type="checkbox"/> MRI (NMR)<br><input type="checkbox"/> CT-Scan<br><input type="checkbox"/> Echografie<br><input type="checkbox"/> Endoscopie<br><input type="checkbox"/> Gastroscopie<br><input type="checkbox"/> Colonoscopie<br><input type="checkbox"/> Videoscopie<br><input type="checkbox"/> Elektrocardiogram<br><input type="checkbox"/> Elektro-encefalogram<br><input type="checkbox"/> Elektromyogram<br><input type="checkbox"/> Andere: |
|    | Detail (indien nodig) :  |   |   |   |   |

## 5. Bescherming van uw persoonsgegevens:

In het kader van de huidige vragenlijst treedt AMMA Verzekeringen op als verwerkingsverantwoordelijke, in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (EU 2016/679). Dit enkelvoudige formulier werd ontwikkeld om uw traject bij de onderschrijving van de [Hospitalisatieverzekering](#) en de [Verzekering Gewaarborgd Inkomen](#) te vereenvoudigen.

### Doeleinden van de verwerking:

- Voor de verzekering [Gewaarborgd Inkomen](#): evaluatie van het medisch risico in verband met arbeidsongeschiktheid.
- Voor de [Hospitalisatieverzekering](#): evaluatie van het medisch risico in verband met de tenlasteneming van zorg of een ziekenhuisopname.

De antwoorden worden afzonderlijk geanalyseerd naargelang het betrokken product. Indien bepaalde gegevens relevant zijn voor beide verzekeringen, zullen zij worden verwerkt volgens de specifieke doeleinden van elk contract, met inachtneming van AVG.

Voor volledige informatie over de verwerking van uw gegevens (wettelijke basis, bewaartermijn, rechten, enz.), raadpleeg onze Privacyverklaring op [www.amma.be/nl/charter-prive-leven/](http://www.amma.be/nl/charter-prive-leven/)

Voor vragen of om uw rechten uit te oefenen, kunt u contact opnemen met onze Data Protection Officer via: [dpo@amma.be](mailto:dpo@amma.be)

## 6. Medisch geheim – Vertrouwelijke verzending

Overeenkomstig de wetgeving inzake het medisch geheim en de bescherming van gezondheidsgegevens, kunt u alle medische informatie die u als gevoelig beschouwt rechtstreeks en uitsluitend bezorgen aan de adviserend arts van AMMA Verzekeringen.

U kunt hiervoor de bijkomende medische documenten (bv. ziekenhuisverslag, onderzoeksresultaten, attest van de behandelende arts) in een gesloten omslag verzenden naar: T.a.v. de Adviserend Arts – Medisch geheim AMMA Verzekeringen – Regentschapsstraat 52 – 1000 Brussel.

## 7. Recht om vergeten te worden

Voor het afsluiten van een Hospitalisatieverzekering en/of Verzekering Gewaarborgd Inkomen, bent u verplicht om de informatie met betrekking tot uw gezondheidstoestand correct te verklaren, overeenkomstig de vragen in deze medische vragenlijst.

Personen die genezen zijn van kanker en chronisch zieken moeten eveneens de aandoeningen meedelen waaraan zij hebben geleden of waaraan zij lijden. Echter, wanneer zij een Verzekering Gewaarborgd Inkomen wensen af te sluiten, kunnen zij in bepaalde gevallen genieten van een “recht om vergeten te worden”. Overeenkomstig de Belgische wetgeving worden deze aandoeningen niet in aanmerking genomen bij de risicoanalyse, indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

Indien u een kankergelateerde aandoening hebt gehad en u een Verzekering Gewaarborgd Inkomen wenst af te sluiten, hoeft u deze niet langer te melden, op voorwaarde dat een periode van 5 jaar is verstreken sinds het einde van een succesvolle behandeling, zonder hervat tijdens deze periode en zonder arbeidsongeschiktheid die verband houdt met deze aandoening. Indien Amma Verzekeringen hier desondanks kennis van heeft, zal zij hiermee geen rekening houden bij de risicobeoordeling.

Meer informatie over het “recht om vergeten te worden” is beschikbaar in bijlage 1.

## 8. Verklaring en verbintenissen

Ik verklaar dat de in deze vragenlijst verstrekte informatie juist en volledig is. Indien deze vragenlijst wordt ingevuld voor een andere persoon (bv. minderjarig kind, partner), bevestig ik dat ik over de wettelijke bevoegdheid of een geldige toestemming beschik om deze gegevens te verstrekken.



Ik verbind mij ertoe om AMMA Verzekeringen te informeren over elke significante wijziging van mijn gezondheidstoestand die zich voordoet vóór de definitieve aanvaarding van het contract. Ik erken dat de ondertekening van dit formulier geen automatische aanvaarding inhoudt: de verzekeringsovereenkomst treedt pas in werking na schriftelijke bevestiging door AMMA Verzekeringen.

## 9. Klachten

Bij klachten kunt u zich richten tot de betrokken dienst van AMMA Verzekeringen of tot de klachtendienst via [compliance@amma.be](mailto:compliance@amma.be).

Indien de voorgestelde oplossing niet bevredigend is, kunt u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen:

de Meeûsquare, 35 - 1000 Brussel  
Tel. : 02/547.58.71 – E-mail : [info@ombudsman-insurance.be](mailto:info@ombudsman-insurance.be) – [www.ombudsman-insurance.be](http://www.ombudsman-insurance.be)

Het indienen van een klacht doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure in te stellen.

## 10. Handtekening

Ik, ondergetekende, verklaar tot de statuten van de AMMA VERZEKERINGEN toe te treden en er een verzekering "Gewaarbord Inkomen"/"Hospitalisatie" (schrap wat niet van toepassing is) af te sluiten volgens de algemene voorwaarden van de polis AMMA VERZEKERINGEN en op grond van de voorgaande verklaringen.

Ik, ondergetekende, bevestig de juistheid en oprechtheid van de voorgaande verklaringen, zelfs al werden ze niet eigenhandig door mij geschreven. Indien een definitieve polis opgemaakt wordt, zullen deze verklaringen als basis dienen voor het opstellen ervan en zullen zij er integraal deel van uitmaken.

Elke handtekening dient voorafgegaan te worden door de eigenhandig geschreven woorden "gelezen en goedgekeurd".

Opgemaakt te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_

Handtekening kandidaat-verzekerde

Meer info? Contacteer AMMA op 02/209 02 00 of per e-mail via [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be)

Klik hier om de medische vragenlijst per e-mail te versturen naar [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be)

# BIJLAGE 1: INFORMATIEDOCUMENT VERZEKERINGEN GEWAARBORGD INKOMEN<sup>1</sup>

## Recht om vergeten te worden

Een wettelijke regeling zorgt ervoor dat ex-kankerpatiënten gemakkelijker toegang kunnen krijgen tot een verzekering gewaarborgd inkomen.

Vraagt u een individuele verzekering aan vanaf 1 januari 2025 of sluit u zich vanaf die datum aan bij een verzekering gesloten door uw werkgever, dan geldt in bepaalde gevallen een « recht om vergeten te worden ». Deze regeling geldt ook wanneer u een aanvullende dekking gewaarborgd inkomen aanvraagt bij een andere verzekering zoals een levensverzekering.

### Kanker kan na 5 jaar<sup>2</sup> vergeten worden

Als u een verzekering gewaarborgd inkomen wenst te onderschrijven, dient u informatie over uw gezondheidstoestand mee te delen aan de verzekeraar. Dit gebeurt in de praktijk via een medische vragenlijst die u moet beantwoorden.

Als u kanker hebt gehad, **moet u dat echter niet langer melden** aan uw verzekeraar **op voorwaarde** dat u succesvolle behandeling al 5 jaar voorbij is en dat u in deze periode niet hervallen bent en ook niet arbeidsongeschikt bent geweest ten gevolge van uw kanker. Indien uw verzekeraar toch kennis krijgt van uw kanker, mag hij hiermee geen rekening houden bij de beoordeling van uw aanvraag. Uw kankeraandoening mag in deze omstandigheden geen reden zijn voor de verzekeraar om een bijpremie toe te passen of u een verzekering te weigeren.

De termijn loopt vanaf de datum waarop de behandeling succesvol werd beëindigd. De actieve behandeling van de kanker met chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie moet volledig achter de rug zijn en u mag geen bijkomende behandelingen meer nodig hebben. Een eventuele hormoontherapie vormt hierop een uitzondering. Er mag ook geen nieuwe opstoot van kanker geweest zijn.

**Let op:** enkel uw kankeraandoening hoeft u na die periode van 5 jaar niet meer te melden. Maar **klachten of aandoeningen als gevolg van uw kanker of de behandeling**<sup>3</sup> ervan moet u **wel** nog steeds **melden** aan uw verzekeraar die hiermee rekening mag houden bij de beoordeling van uw aanvraag. U hoeft echter niet te melden dat deze klachten of aandoeningen het gevolg zijn van uw kanker.

Als u ten gevolge van uw kanker een blijvende arbeidsongeschiktheid hebt op het ogenblik dat u een verzekering gewaarborgd inkomen aanvraagt, mag de verzekeraar deze arbeidsongeschiktheid uitsluiten. Deze 'vooraf bestaande' arbeidsongeschiktheid kan niet verzekerd worden en geeft geen recht op een uitkering.

Twijfelt u eraan of u uw kankeraandoening moet melden aan uw verzekeraar? Vraag dan eerst advies aan uw behandelende arts. Hij kent uw medische situatie het best en kan allicht beter inschatten of je al dan niet in aanmerking komt.

Voor bijkomende informatie over het recht om vergeten te worden, kunt u steeds terecht bij AMMA Verzekeringen per e-mail op het volgende adres: [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be).

<sup>1</sup> Dit document geeft uitvoering aan artikel 61/1/1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en is van toepassing op de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bedoeld in artikel 61/1, 2° van die wet (en die in dit document "verzekeringen gewaarborgd inkomen" genoemd worden).

<sup>2</sup> Deze termijn van 5 jaar geldt sinds 1 januari 2025.

<sup>3</sup> Denk bijvoorbeeld aan hart- of longklachten die kunnen optreden na chemotherapie of bestraling.