

Waarom dit formulier?

U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Indien onderstaande persoon nog geen 18 jaar is dient deze gezondheidsverklaring te worden ingevuld en ondertekend door een van de ouders/verzorgers. Personen tussen 16 en 18 jaar dienen de verklaring mede te ondertekenen. Vervolgens adviseert de medisch adviseur aan DELA of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd.

1 algemene gegevens

Van wie is de gezondheidsverklaring?

Schrijf de eerste voornaam voluit.

voornaam man vrouw

achternaam

Bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam.

meisjesnaam

adres

postcode woonplaats

geboortedatum

sofi-nummer

Aanvraagnummer in DELAnet

Uw tussenpersoonnr. bij DELA

2 gezondheidsvragen

Indien één van de gezondheidsvragen met 'ja' wordt beantwoord, vult u de lange gezondheidsverklaring (vanaf 100.000 euro) in.

Bent u ooit afgewezen voor een verzekering of op afwijkende voorwaarden geaccepteerd? ja nee

Zijn er op uw leven in de afgelopen 3 jaar levensverzekeringen afgesloten? ja nee

Zo ja, voor een bedrag van €.....

Lijdt u aan een ziekte, aandoening of gebrek? ja nee

Bent u onder controle van een huisarts of de laatste drie jaar bij een specialist geweest? ja nee

Gebruikt u verdovende of stimulerende middelen of meer dan vier glazen alcoholhoudende drank per dag? ja nee

Wat is uw lengte?cm

Wat is uw gewicht?kg

3 ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij de antwoorden op bovenstaande vragen naar waarheid en volledig heeft vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering.

Plaats Datum

Handtekening verzekerde (van 16 jaar en ouder): Aantal bijlagen

Handtekening ouder/voogd bij minderjarige (onder 18 jaar):

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

E-mail: atpmedisch@dela.org
Faxnr.: 040 244 93 28

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de medisch adviseur van DELA, onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.