

**HDI**



<https://www.hdi-specialty.com/>

**GEZONDHEIDSV  
ERKLARING  
VERZEKERING  
UITVAL  
VAN PERSONEN**



## **U krijgt een gezondheidsverklaring**

De producent van een project waaraan u deel gaat nemen heeft HDI Global Specialty SE, the Netherlands ('HDI') laten weten zich tegen uitval te willen verzekeren. Daarom krijgt u deze gezondheidsverklaring.

*Let op: lees de toelichting vóórdát u de gezondheidsverklaring invult.*

## **Verzending volledig ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring**

Deze gezondheidsverklaring dient **rechtstreeks** (bij voorkeur, al dan niet gescand, per e-mail) ingestuurd te worden aan de medisch adviseur.

*Geneeskundig Advies Schaderegelingen B.V. ('GENAS b.v.')*

[www.genas.nl](http://www.genas.nl)

[hdi-specialty@genas.nl](mailto:hdi-specialty@genas.nl)

## **Medisch adviseur**

De medisch adviseur zal de gezondheidsverklaring inhoudelijk beoordelen en HDI rechtstreeks informeren. HDI zal op basis van dit advies het risico van uitval bij de productie(s) inventariseren en de producent informeren over de acceptatie onder deze verzekering.

## **Invulling gezondheidsverklaring**

De onderstaande vragen dienen door u zelf correct en zo volledig mogelijk te worden ingevuld. Dat is belangrijk! Daarmee voorkomt u dat:

- de acceptatie van u als verzekerde onder de polis van de producent vertraging oploopt;
- HDI géén uitkering verstrekt bij uitval aan de producent;
- HDI een aan de producent verstrekte uitkering terugvordert;
- u een registratie krijgt in de gebeurtenissenadministratie en het interne incidentenregister van HDI en het Extern Verwijzingsregister (EVR) van de bij Stichting CIS aangesloten verzekeraars.

Uw antwoorden dienen inzicht te geven in zowel uw gezondheidssituatie in het algemeen, als uw gezondheidssituatie in het licht van de productie(s) waarvoor deze gezondheidsverklaring wordt gevraagd (denk onder meer aan eisen die aan uw gezondheid gesteld kunnen worden door de aard van de locatie, werkzaamheden, klimatologische omstandigheden, etc.).

Bij invulling van deze gezondheidsverklaring aankruisen wat van toepassing is. Indien "ja" wordt aangekruist s.v.p. toelichting geven in de vervolgvragen 4 en 5 (bijlagen) van dit formulier.

## **Als uw gezondheid verandert**

Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nádat u de gezondheidsverklaring heeft ingevuld? Maar vóórdát de verzekering ingaat? Geef dit dan direct door aan HDI.

## **Verwerking persoonsgegevens**

Om u als verzekerde onder de polis van de producent te kunnen accepteren vragen wij u met deze gezondheidsverklaring om een opgave van (bijzondere) persoonsgegevens, waaronder uw gezondheidsgegevens. Zonder verwerking van uw persoonsgegevens, waaronder uw gezondheidsgegevens, is het voor de medisch adviseur niet mogelijk om een onafhankelijk en deskundig advies te kunnen geven over uw gezondheidstoestand aan HDI, en is het voor HDI niet mogelijk om te beoordelen of zij u als verzekerde kan accepteren onder de polis van de producent of uitvoering te geven aan de gesloten verzekering.

HDI hecht veel waarde aan de bescherming van uw privacy. Met uw persoonsgegevens, waaronder uw gezondheidsgegevens, wordt dan ook zorgvuldig omgegaan. HDI verwerkt deze met inachtneming van het bepaalde in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en overige regelingen zoals de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. Met het oog op uw privacy en ter naleving van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars verzoeken wij u deze gezondheidsverklaring rechtstreeks in te sturen aan de medisch adviseur. Verwerkingsverantwoordelijke voor de gegevensverwerking is HDI Global Specialty SE, the Netherlands, Blaak 34, 3011 TA Rotterdam. Heeft u vragen over de verwerking van uw persoonsgegevens, neem dan contact op met onze data protection officer via [meldingen-compliance@hdi-specialty.com](mailto:meldingen-compliance@hdi-specialty.com).

Achternaam en voorletters: \_\_\_\_\_  man  vrouw

Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Verzekeraar: **HDI Global SE, the Netherlands**

Assurantiemakelaar: \_\_\_\_\_

Naam/omschrijving productie: \_\_\_\_\_

Naam producent: \_\_\_\_\_

Aanvangsdatum productie: \_\_\_\_\_

Einddatum productie: \_\_\_\_\_

1. ALGEMEEN	
a. In welke hoedanigheid neemt u aan de productie deel?	_____
b. Gaat u in de periode voorafgaande aan de productie deelnemen aan gevaarlijke activiteiten? (indien ja, zie ook vraag 4 b)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
c. Zijn er omstandigheden bekend waardoor u genoodzaakt zou kunnen zijn uw werkzaamheden voor deze productie uit te moeten stellen, tijdelijk te moeten onderbreken, te annuleren of voortijdig te moeten beëindigen? (indien ja, zie ook vraag 4 c)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
d. Zijn er familieomstandigheden bekend waardoor u genoodzaakt zou kunnen zijn om uw werkzaamheden voor deze productie uit te moeten stellen, tijdelijk te moeten onderbreken, te annuleren of voortijdig te moeten beëindigen? (indien ja, zie ook vraag 4 d)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
e. Naam van uw huisarts	_____
Adres	_____
Woonplaats	_____
Telefoonnummer	_____
f. Na(a)m(en) van uw medisch specialist(en)	_____
Adres	_____
Woonplaats	_____
Telefoonnummer	_____

2. PERSOONLIJKE GEGEVENS	
a. Wat is uw lengte?	_____ cm
b. Wat is uw gewicht?	_____ kg
b. Rookt u?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Wat rookt u? _____ Vanaf welke leeftijd rookt u? _____ Hoeveel rookt u gemiddeld per dag? _____
c. Heeft u gerookt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Wat rookte u? _____ Vanaf welke leeftijd rookte u? _____ Hoeveel rookte u gemiddeld per dag? _____ Tot welke leeftijd heeft u gerookt? _____
d. Drinkt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per week? _____ Welke drank(en)? _____
e. Heeft u alcohol gedronken?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Welke drank(en)? _____ Vanaf welke leeftijd dronk u? _____ Hoeveel glazen dronk u gemiddeld per week? _____ Tot welke leeftijd heeft u gedronken? _____
f. Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, u dient de vragenlijst drugsgebruik in te vullen (zie bijlage 5.)
g. Heeft u drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, u dient de vragenlijst drugsgebruik in te vullen (zie bijlage 5.)

3. UW GEZONDHEIDSTOESTAND	
<p>Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of klachten. U dient "Ja" aan te kruisen als u:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een huisarts, specialist of hulpverlener heeft geraadpleegd;</li> <li>- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;</li> <li>- geopereerd bent;</li> <li>- nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;</li> <li>- nog onder controle staat.</li> </ul> <p><b>Wat is een klacht?</b> Lichamelijk of geestelijk ongemak of pijn noemen we een klacht. Bij een klacht is niet altijd duidelijk waardoor deze veroorzaakt wordt. Een voorbeeld van een klacht is rugpijn.</p> <p><b>Wat is een aandoening?</b> Een aandoening is een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand. Een voorbeeld van een aandoening is een gebroken been.</p> <p><b>Wat is een ziekte?</b> Ook een ziekte is een aandoening. Bij ziekte denken we dikwijls aan een lichamelijke afwijking, maar ook een geestelijke afwijking wordt een ziekte genoemd. Door een ziekte kan iemand beperkt zijn of worden in zijn of haar functioneren. Of eerder overlijden. Een voorbeeld van een ziekte is suikerziekte.</p>	
a. Aandoeningen van spieren, ledematen en/of gewrichten, waaronder nek-, schouder-, handen-, rug-, heup- en knieklachten, reuma en verlamming?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
b. Ziekten van de hersenen of zenuwen, waaronder beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekten, oogzenuwontsteking, hoofdpijn en duizeligheid?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
c. Aandoeningen of klachten van psychische aard, waaronder depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie en burn-out?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
d. Verhoogde bloeddruk, ziekten van hart- of bloedvaten, waaronder hartinfarct, beklemming of pijn in de borst, verhoogde bloeddruk, hartklopping, vernauwing of ontsteking van bloedvaten en embolie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

e. Suikerziekte of andere stofwisselings- of stapelingsziekten dan wel stoornissen in de hormonale huishouding, waaronder verhoogd cholesterol, jicht, schildklier- en hormoonafwijkingen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
f. Aandoeningen, ziekten of klachten van longen of luchtwegen, waaronder astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten en embolie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
g. Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
h. Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
i. Huidziekten en allergieën?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
j. Aandoeningen, ziekten of klachten van ogen, open been, fistels en trombose?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
k. Keel-, neus- of oorziekten, waaronder gehoorstoornissen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
l. Vermoeidheidsklachten, slaap apneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie en andere infectieziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
m. Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte en -armoede?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
n. Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
o. Was u in de afgelopen 5 jaar genoodzaakt deelname aan producties af te zeggen of te onderbreken ten gevolgen van gezondheidsproblemen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
p. Bent u geheel of ten dele arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
q. Gebruikte u of gebruikt u nog steeds medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Heeft u hierboven één of meer keer "Ja" aangekruist?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, <b>zo ja, vul dan ook bijlage 4 in</b>

De door u opgegeven antwoorden kunnen aanleiding geven tot het verzoek om nadere informatie. Om deze informatie op te kunnen vragen dient u de arts of specialist te machtigen deze informatie te verstrekken. In verband daarmee wordt u verzocht om ook de bijgesloten **medische machtiging** (pagina 10) in te vullen en te ondertekenen.

U heeft het recht om als eerste te horen hoe het advies van de medisch adviseur luidt. Het kan voorkomen dat de medisch adviseur een advies uit gaat brengen waarbij een beperking (voorbehoud, beperkende of uitsluitende bepaling) in de dekking voor verzekeringnemer (de producent) wordt voorgesteld.

Als u gebruik wenst te maken van het recht om als eerste rechtstreeks door de medisch adviseur te worden geïnformeerd, dan dient u in deze gezondheidsverklaring aan te vinken dat u gebruik wenst te maken van dit informatierecht onder vermelding van uw telefoonnummer waaronder u in **privé rechtstreeks mobiel** te bereiken bent. U kunt de medisch adviseur vervolgens verzoeken HDI niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Wanneer u van dit recht gebruik maakt dan stopt HDI het acceptatieproces en kunt u niet als verzekerde onder de polis van de producent worden geaccepteerd.

Wenst u gebruik te maken van dit informatierecht?

Nee  Ja, via mobiel telefoonnummer (privé)

Mobiel telefoonnummer (privé) \_\_\_\_\_

Ondergetekende is ermee bekend dat deze verklaring wordt afgegeven in het kader van een productieverzekering "uitval van personen".

**Ondergetekende verklaart:**

- de Toelichting op deze gezondheidsverklaring te hebben gelezen;
- alle vragen in deze gezondheidsverklaring en bijlage(n) zelf te hebben beantwoord;
- eventuele twijfels te hebben gemeld bij HDI en/of de medisch adviseur;

- dat de antwoorden op bovenstaande vragen juist en volledig zijn, en zich ervan bewust te zijn dat een later blijvende onjuistheid in deze verklaring kan leiden tot verval of wijziging van de rechten uit genoemde verzekering, hetgeen voor de producent belangrijke (financiële) consequenties kan hebben;
- ermee bekend te zijn en ermee in te stemmen dat HDI beoordeelt of zij u onder de polis van de producent kan accepteren. Dat doet zij mede op basis van het advies van de medisch adviseur. Dat vindt u goed;
- ermee bekend te zijn en ermee in te stemmen dat dat de medisch adviseur uw gezondheidsverklaring bewaart zolang dat volgens de wet is toegestaan.

Voor akkoord (in blokletters):

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

of \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/voogd,  
als verzekerde minderjarig is: \_\_\_\_\_

#### 4. BIJLAGE TOELICHTING GEZONDHEIDSVERKLARING

Vul voor elke vraag die u met "ja" beantwoord heeft deze toelichting in.

a. Naam verzekerde \_\_\_\_\_

#### Bijlage bij vraag 1 (Algemene gegevens) Toelichting op de met "ja" beantwoorde vragen:

b. Aan welke gevaarlijke activiteiten gaat u deelnemen? \_\_\_\_\_

c. Welke omstandigheden zouden kunnen leiden tot uitstel, onderbreking, annulering of voortijdige beëindiging? \_\_\_\_\_

d. Welke familieomstandigheden zouden kunnen leiden tot uitstel, onderbreking, annulering of voortijdige beëindiging? \_\_\_\_\_

#### Bijlage bij vragen 3 a t/m n (Uw gezondheidstoestand) Toelichting op de met "ja" beantwoorde vragen:

e. De letter van de categorie die u bij vraag 3 met "Ja" heeft beantwoord \_\_\_\_\_

f. Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen, lijdt u of heeft u geleden? \_\_\_\_\_

g. In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening(en), ziekte(n), gebrek(en) (klachten daaronder begrepen)? \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

h. Welke van de volgende artsen of hulpverleners/instanties heeft u hiervoor bezocht: (huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bv homeopaat, acupuncturist, chiropractor, e.a.)	Naam en Specialisme _____ _____ _____ _____ _____ _____
i. Wanneer bezocht u deze arts/hulpverlener/instanties:	_____ _____
j. Staat u nog onder controle?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
k. Heeft u nog klachten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>Toelichting op vraag 3 o</b>	
l. Waardoor was u genoodzaakt deelname aan producties in de afgelopen 5 jaar af te zeggen of te onderbreken en in welke periode?	_____ _____ _____ t/m _____
<b>Toelichting op vraag 3 p</b>	
m. Waardoor bent u arbeidsongeschikt en in welke mate?	_____ _____
<b>Toelichting op vraag 3 q (medicijnen)</b>	
n. Welke medicijnen werden/zijn voorgeschreven?	_____ _____
o. Over welke periode werden/worden deze medicijnen gebruikt?	_____ t/m _____ _____ t/m _____
p. Gebruikt u deze nog?	<input type="checkbox"/> Nee, sinds wanneer _____ gestaakt? _____ <input type="checkbox"/> Ja, welke dosering _____ _____

**Ondergetekende verklaart:**

- alle vragen in deze bijlage zelf te hebben beantwoord;
- dat de antwoorden op bovenstaande vragen juist en volledig zijn;
- eventuele twijfels te hebben gemeld bij HDI en/of de medisch adviseur;
- ermee bekend te zijn en ermee in te stemmen dat de producent van een project waaraan ondergetekende deel gaat nemen zich tegen uitval wenst te verzekeren;
- dat ondergetekende kennis heeft genomen van het feit dat dit formulier deel uitmaakt van het acceptatieproces om ondergetekende als verzekerde onder de polis van de producent te kunnen accepteren en dat ondergetekende zich ervan bewust is dat een later blijkende onjuistheid in deze verklaring kan leiden tot verval of wijziging van de rechten uit genoemde verzekering, hetgeen voor de producent belangrijke (financiële) consequenties kan hebben.

Voor akkoord (in blokletters):

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

of \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/voogd:  
(als verzekerde minderjarig is) \_\_\_\_\_

5. BIJLAGE VRAGENLIJST DRUGSGEBRUIK (vervolg vraag 2 f en/of g)	
Gebruikt u momenteel één van de volgende middelen of hebt u deze ooit gebruikt?	
a. Amfetaminen bv. 'ecstasy', 'ice', MDMA, 'speed', 'uppers', enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
b. Barbituraten bv. 'downers', enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
c. Cannabis bv. 'hasjesj', marihuana, 'pot', 'weed', enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
d. Cocaïne bv. 'coke', 'crack', 'snow', enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
e. Hallucinogenen bv. 'acid', 'angel dust', 'haze', LSD, 'microdots' enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
f. Opiaten bv. Codeïne, heroïne, methadon, morfine, opium, Smack, enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
g. Sedativa bv. diazepam, lachgas, 'Downers' nitrazepam', 'Tranks', enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
h. Oplosmiddelen bv. aerosols, lijm, enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
i. Overige (gaarne toelichten)	_____ _____
Indien één van de bovenstaande vragen met JA is beantwoord, s.v.p. nadere toelichting geven, inclusief naam van het middel en datum wanneer het gebruik is gestart en wanneer het is beëindigd.	_____ _____ _____
j. Gebruikt u momenteel nog drugs?	<input type="checkbox"/> Nee, wanneer beëindigd? _____ <input type="checkbox"/> Ja, welke drugs? _____  Hoe vaak? _____ _____
k. Bent u ooit medisch behandeld vanwege drugsgebruik of ontwenning?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke arts(en) _____ en data _____
l. Heeft u ooit intraveneus drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, s.v.p. toelichten, inclusief informatie over waar de spuiten vandaan kwamen en of de spuiten werden gedeeld. _____ _____
m. Lijdt u of heeft u aan een aandoening geleden die gerelateerd is aan het drugsgebruik bv. hepatitis B, hiv-infectie, psychische aandoening enz.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, s.v.p. toelichten _____ _____



**Ondergetekende verklaart:**

- alle vragen in deze bijlage zelf te hebben beantwoord;
- dat de antwoorden op bovenstaande vragen juist en volledig zijn;
- eventuele twijfels te hebben gemeld bij HDI en/of de medisch adviseur;
- ermee bekend te zijn en ermee in te stemmen dat de producent van een project waaraan ondergetekende deel gaat nemen zich tegen uitval wenst te verzekeren;
- dat ondergetekende kennis heeft genomen van het feit dat dit formulier deel uitmaakt van het acceptatieproces om ondergetekende als verzekerde onder de polis van de producent te kunnen accepteren en dat ondergetekende zich ervan bewust is dat een later blijkende onjuistheid in deze verklaring kan leiden tot verval of wijziging van de rechten uit genoemde verzekering, hetgeen voor de producent belangrijke (financiële) consequenties kan hebben.

Voor akkoord (in blokletters):

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

of \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/voogd:  
(als verzekerde minderjarig is) \_\_\_\_\_

## 6. MACHTIGING

U machtigt hiermee uw arts of specialist om op verzoek van de verzekeraar van de producent gegevens te verstekken aan de medisch adviseur. Deze gegevens kunnen worden opgevraagd in het kader van een productieverzekering "uitval van personen".

U machtigt hierbij de (eerder) behandelend arts/specialist:

Naam arts / specialist: \_\_\_\_\_  
Specialisme: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
Ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Ziekte, aandoening, gebrek, klacht: \_\_\_\_\_  
Bekend sinds: \_\_\_\_\_

alle relevante inlichtingen zijnde de ziektegeschiedenis met de precieze aanvang, de verrichte onderzoeken en bevindingen, de gestelde diagnose(n), de ingestelde behandeling(en) en het verloop ervan tot heden over de hierboven vermelde ziekte, aandoening, gebreken dan wel klachten op verzoek van verzekeraar HDI Global Specialty SE, the Netherlands te Rotterdam te verstrekken aan de medisch adviseur GENAS b.v. te Naarden.

Voor akkoord van de te verzekeren persoon onder de polis van de producent:

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_  
of \_\_\_\_\_  
Handtekening ouder/voogd:  
(als verzekerde minderjarig is) \_\_\_\_\_

Geneeskundig Advies Schaderegelingen B.V. ('**GENAS b.v.**')  
(Medisch adviseur op verzoek van HDI Global Specialty SE, the Netherlands)

Postbus 4025  
6803 EA Arnhem  
Tel. 085-0067900  
[hdi-specialty@genas.nl](mailto:hdi-specialty@genas.nl)  
[www.genas.nl](http://www.genas.nl)