

**GEGEVENS VERZEKERINGNEMER:** (Aanvrager en premiebetaler)

Naam :

Voornamen (voluit) :

Geboortedatum :  Geslacht:  M  V

Identiteitskaart-/Paspoortnummer :  (kopie toevoegen verplicht)

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres :

Correspondentieadres :

Bankinstelling/ rekeningnr.:

**TE VERZEKEREN PERSOON:**

Naam :

Voornamen (voluit) :

Geboortedatum :  Geslacht:  M  V

Adres :  Woonplaats:

Identiteitskaart-/Paspoortnummer :  (kopie toevoegen verplicht)

Telefoonnummers :

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres :

Relatie tot de verzekeringnemer :

Naam van de moeder (voor pasgeborene) :

Geboortedatum van de moeder :

Relatienummer van de moeder :

Wie wilt u als huisarts als u AZPAS-verzekerd bent? Naam:  Poli adres:

\*Wie is uw huidige of laatste huisarts? Naam:  Poli adres:

**PRODUCTINFORMATIE:**

**AZPAS BUDGET**

**Kies de premiebetaling**

- per maand
- per 3 maanden
- per 6 maanden
- per jaar

\* Voor de **AZPAS BUDGET** is slechts de 3e klasse dekking mogelijk.

**Kies de gewenste ingangsdatum van de verzekering:**

(De verzekering kan pas ingaan, nadat acceptatie door Assuria heeft plaatsgevonden)

**Vragen met betrekking tot de te verzekerden persoon**

Nr	Invullen/ Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
1	Lengte in cm: <input type="text"/> Gewicht in kg: <input type="text"/>		
2	Lijdt u aan een ziekte/aandoening waarvoor u regelmatig door de huisarts en/of een medisch specialist wordt behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Invullen/ Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
3	Gebruikt u geneesmiddelen die u dagelijks moet innemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*Toelichting:**

**De huisarts is de dokter die weet welke aandoeningen u heeft en bij wie medische informatie kan worden opgevraagd door Assuria Medische Verzekering N.V.**

**Indien tijdens de aanvraagprocedure uw gezondheidstoestand wijzigt, bent u verplicht dit door te geven aan Assuria Medische Verzekering N.V. Het niet voldoen aan deze verplichting kan leiden tot nietigverklaring van de verzekering**

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en verplicht zich de overeenkomstig deze aanvraag op te maken polis te zullen aanvaarden tegen betaling van de verschuldigde premie en kosten. De aanvrager is ermee bekend dat de verzekering eerst tot stand komt na acceptatie door de maatschappij. Art 320 W.v.K.\*\*

Ondergetekende machtigt hierbij alle artsen, die hem/haar behandeld hebben of zullen behandelen, de door Assuria Medische Verzekering N.V. te vragen inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken.

Plaats:  Datum:

Handtekening van de te verzekerden persoon (indien minderjarig, ondertekening door ouders of voogd)

Plaats:  Datum:

Handtekening van de verzekeringnemer (indien anders dan te verzekerden persoon)

\*\* Art 320 W.v.K. luidt: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.

## **SMS/E-MAIL DIENSTEN**

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- Ja, ik geef toestemming aan Assuria N.V. om gratis informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.
- Nee, ik geef geen toestemming aan Assuria N.V. om informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.

## **TIPS EN INFO**

- ✓ Gaat u alstublieft na of u **alles hebt ingevuld, omcirkeld of toegelicht** waar nodig. Indien het formulier niet volledig is ingevuld en ondertekend, kan uw aanvraag helaas niet in behandeling genomen worden.
- ✓ Dit aanvraagformulier wordt in behandeling genomen als het binnen 1 maand na dagtekening is ontvangen door Assuria Medische Verzekering N.V.
- ✓ De duur van de behandeling van een aanvraag kan worden beïnvloed indien:
  - Assuria Medische Verzekering N.V. een keuring/laboratoriumonderzoek nodig acht van de te verzekeren persoon.
  - Er medische informatie nodig is van een huisarts of specialist die de te verzekeren persoon heeft behandeld / thans behandelt.
- ✓ Neemt u de **polisvoorwaarden** grondig door en vraag indien nodig naar extra uitleg hierover, zodat u bij het gebruik van uw AZPAS-pasje in de toekomst weet wat uw rechten en plichten zijn.

Naam tussenpersoon:

IP nummer tussenpersoon: