

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER: (Aanvrager en premiebetalder)

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:

***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.

PRODUCTINFORMATIE:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AZPAS BASIS | <input type="checkbox"/> SRD | <input type="checkbox"/> USD |
| <input type="checkbox"/> AZPAS PLUS | <input type="checkbox"/> SRD | <input type="checkbox"/> USD |
| <input type="checkbox"/> AZPAS SUPRÊME | <input type="checkbox"/> SRD | <input type="checkbox"/> USD |

Kies aanvullende dekking(en):

- Silver Geneesmiddelen Assortiment
- Gold Geneesmiddelen Assortiment
- Second Medical Opinion

Kies de ziekenhuisligging

- 1^{ste} klasse
 2^e klasse
 3^e klasse

* voor kinderen t/m 12 jaar geldt de kinderklasse, die gelijk is aan de 3e klasse

Kies de premiebetaling

- per maand
 per 3 maanden
 per 6 maanden
 per jaar

Kies de gewenste ingangsdatum van de verzekering:

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

Vragen met betrekking tot de te verzekeren persoon

Nr	Invullen/ Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
1	Lengte in cm: <input type="text"/> Gewicht in kg: <input type="text"/> Datum van meting: <input type="text"/>		
2	Doet u aan sport? Welke en hoeveel uren per week? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bent u ooit eens gediagnosticeerd of behandeld voor: (Als meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)		
	Cataract (staar, lens vertroebeling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glaucoom (verhoogde oogdruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oorklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hartklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verhoogd cholesterolgehalte in het bloed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	"Lage Sahli" (bloedarmoede)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verhoogde bloedingsneiging of trombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sikkelcellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schildklier-aandoening / een andere hormoonziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vallende ziekte, epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reuma, jicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slijtage gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beroerte (CVA, TIA), verlammingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prostaat, baarmoeder, eileiders of geslachtsorganen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Huidklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Eczeem <input type="checkbox"/> Psoriasis		
	<input type="checkbox"/> Anders, nl. <input type="text"/>		
	Kanker of gezwellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke soort / lichaamsdeel? <input type="text"/>		
	Aangeboren afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke? <input type="text"/>		
	Andere ziekten of aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke? <input type="text"/>		
	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alcohol- of drugsgebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierfunctie stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u gedialyseerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld om dialyse te voorkomen of uit te stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Invullen/ Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
	Lijdt u aan een ziekte welke niet eerder is genoemd op dit formulier en bent u daarvoor of voor een ongeval op dit moment onder medische behandeling? Welke ziekte? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Rookt u? Hoeveel sigaretten of shagjes per dag? <input type="checkbox"/> Minder dan 10 <input type="checkbox"/> 10 of meer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Drinkt u alcoholische drank? Hoeveel glazen per maand? <input type="checkbox"/> Minder dan 25 <input type="checkbox"/> 25 of meer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Gebruikt u drugs? Welke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Gebruikt u geneesmiddelen? Welke? <input type="text"/> Hoe vaak? <input type="text"/> per dag / week / maand Sinds wanneer? <input type="text"/> Wie schrijft deze voor? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bent u in de afgelopen 5 jaren geopereerd geworden? Naam specialist en ziekenhuis <input type="text"/> Bent u in de afgelopen 5 jaren in het ziekenhuis opgenomen geweest anders dan voor een operatie? Reden opname: <input type="text"/> In welk jaar: <input type="text"/> Heeft u nog klachten? <input type="checkbox"/> Wie behandelt u voor deze klachten? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ligt u nu in een ziekenhuis of is er een opname in het vooruitzicht? Waarvoor? <input type="text"/> Binnen hoeveel tijd? <input type="text"/> (dagen / weken / maanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist op het spreekuur geweest? Naam specialist en ziekenhuis <input type="text"/> Reden van behandeling? <input type="text"/> Wordt u nog steeds behandeld? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Voor vrouwen: Bent u zwanger? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentverklaring

<p>Naam: <i>(naam kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>	<p>Geboortedatum: <i>(geboortedatum kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>
<p>Voornamen: <i>(voornamen kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>	<p>Geboorteplaats: <i>(geboorteplaats kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>
<p>Adres: <i>(adres kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>	<p>Woonplaats: <i>(woonplaats kandidaat-verzekerde)</i></p> <p>.....</p>
<p>Productvorm: <i>(productvorm verzekering)</i></p> <p>.....</p>	

Onderstaande verklaring/machtiging maakt integraal deel uit van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring van de kandidaat-verzekerde.

- Ik verklaar hierbij dat ik de volgende informatie heb verstrekt aan Assuria Medische verzekering N.V. (hierna te noemen: Assuria) voor de aanvraag van een verzekering:
- Alle vragen op het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring heb ik naar waarheid en eer en geweten beantwoord.
- Ik heb geen informatie of omstandigheden verzwegen die voor Assuria van belang kunnen zijn voor de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst.
- Ik ben ervan op de hoogte dat enige verzwijging en/of onjuiste beantwoording van genoemd aanvraagformulier en gezondheidsverklaring kan leiden tot nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst. Bij nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst zullen de reeds betaalde premies niet gerestitueerd worden.
- Ik ben ervan op de hoogte dat Assuria een aanvullend medisch onderzoek kan aanvragen, ingeval zij daartoe behoefte hebben. Dit is afhankelijk van de eerder verkregen medische informatie. Ik verklaar hierbij akkoord te gaan met een aanvullend medisch onderzoek.
- Ik machtig hierbij de Medisch Adviseurs van Assuria om mijn persoonlijke medische informatie op te mogen vragen bij alle artsen, ziekenhuizen of klinieken, of enig ander medisch instituut, die mij behandeld hebben of in de toekomst nog zullen behandelen. De medische informatie kan omvatten documentatie omtrent mijn gezondheidstoestand of de oorzaak van mijn overlijden.

Deze machtiging blijft van kracht tot dat Assuria deze verzekering beëindigt.

Plaats en datum, 

(Handtekening kandidaat-verzekerde)
(bij minderjarigen: de handtekening van de ouders of voogd)

Plaats en datum, 

(Handtekening verzekeringnemer)

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 hebt 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: 