

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER (Aanvrager en premiebeter)

Indien het een aanvraag voor collectieven (bedrijven) betreft*:

Nummer inschrijving KKF :

Bedrijfsnaam/ stempel :

Naam directeur/ eigenaar :

Mobiel nummer directeur/ eigenaar (verplicht):

Naam contactpersoon : (Indien afwijkend van directeur/ eigenaar)

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

Correspondentieadres :

Bankinstelling/ rekeningnr.:

Indien het een aanvraag voor individuen (gezin) betreft*:

Naam :

Voornamen (volut) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

Nationaliteit :

Identiteitskaart- /
Paspoortnummer : (Kopie toevoegen verplicht)

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

Correspondentieadres :

Bankinstelling/ rekeningnr.:

2. TE VERZEKEREN PERSOON

Naam :

Voornamen (volut) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

Nationaliteit :

Adres : Woonplaats:

Land van residentie : Suriname Guyana

Identiteitskaart- /Paspoortnummer: (Kopie toevoegen verplicht)

Relatie tot de verzekeringnemer:

Telefoonnummers huis : Werk:

Mobiel (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

3. PRODUCTINFORMATIE

a. Kies de dekking*

- USD 250.000,-
 USD 500.000,-
 USD 1.000.000,-

b. Kies de premiebetaling

- per 3 mnd per 6 mnd per jaar

c. US Emergency Rider

- Ja Nee

d. Student / Employee Rider

- Ja Nee

Land

Regio

Periode van verblijf

*) *Opmerking: Alle dekkingen hebben een eigen risico van USD 1.000,- (Buitenland).*

d. Kies de gewenste ingangsdatum van de verzekering (1^{ste} of 15^e van de maand):

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

**) *Deze vragen zijn niet van toepassing op kinderen < 5 jaar.*

4. Vragen met betrekking tot de te verzekeren persoon

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
1a	Lengte in cm : <input type="text"/> Gewicht in kg : <input type="text"/> Datum van meting: <input type="text"/>		
1b	Voor kinderen tot 5 jaar Is/ wordt uw kind gevaccineerd? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zo ja, laatste vaccinatie datum: <input type="text"/> Soort vaccinatie op die datum : <input type="text"/>		
2	Wat is uw beroep / bezigheid? <input type="text"/> Indien gepensioneerd, wat was uw laatste beroep? <input type="text"/> Indien arbeidsongeschikt, wat is de reden? <input type="text"/> Doet u aan sport? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zo ja: hieronder invullen welke sport en hoe vaak per week: <input type="text"/>		
	Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen? (waar nodig aankruisen; als er meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)		
3	Cataract (staar, lensvertroebeling) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoom (verhoogde oogdruk) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Een andere aandoening of ziekteverschijnsel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gaarne toelichten: <input type="text"/> Gebruikt u een bril of contactlenzen? (zo ja, omcirkelen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4	Heeft u oorklachten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u last van oorsuizen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u last van looporen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u trommelvliesbuisjes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u een gehoorapparaat? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zo ja, links / rechts? (omcirkelen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	Moet u regelmatig hoesten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u regelmatig last van kortademigheid? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u bronchitis, bezetting of tuberculose? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6	Heeft u een geruis aan het hart? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heeft u wel eens pijn of een beklemd gevoel op de borst of in de hartstreek? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
6	Heeft u hoge bloeddruk? Heeft u spataderen? Heeft u aambeien? Heeft u pijn in de kuiten bij het lopen? Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed? Heeft u "lage Sahli" (bloedarmoede)? Heeft u een andere bloedstoornis? Heeft u verhoogde bloedsneiging of trombose? Gaarne toelichten <input type="text"/>		
7	Heeft u suikerziekte? Gebruikt u insuline? Heeft u verschijnselen van steeds honger en dorst? Moet u vaak plassen?		
8	Heeft u sikkelcellen? Zo ja, welk type? <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AS (drager)		
9	Schildklierandoening/ een andere hormoonziekte		
10	Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek? Heeft u last van maagpijn? Heeft u last van zuur branden? Heeft u last van oprispen?		
11	Heeft u regelmatig problemen met de ontlasting? Heeft u last van verstopping? (obstipatie) Heeft u last van diarree? Heeft u last van bloed in de ontlasting?		
12	Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen? (waar nodig aankruisen; als er meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)		
	- Hartziekte		
	- Overspannen, duizeligheid, chronische hoofdpijn of migraine		
	- Allergie voor stof, voedsel, medicijnen of iets anders, nl. <input type="text"/>		
	- Vallende ziekte, epilepsie		
	- Reuma, jicht		

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
12	Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen? (waar nodig aankruisen; als er meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)		
	- Artrose (slijtage gewrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nek-/rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Afwijkingen aan wervelkolom of vaker rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Andere spier- of gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welk lichaamsdeel?		
	- Galblaas, lever (b.v. geelzucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beroerte (CVA, TIA), verlammingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Zenuwstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nieren of blaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Prostaat, baarmoeder, eileiders of geslachtsorganen (penis/ vagina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Huidklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		
	<input type="checkbox"/> Eczeem <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> anders, nl.		
	- Zenuwontsteking, botziektes, botbreuken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kanker of gezwellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welk soort/lichaamsdeel?		
	- Aangeboren afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		
	- Andere ziekten of aandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		
	- Geestelijke aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		
13	Heeft u een geslachtsziekte of sexueel overdraagbare aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heeft u een aandoening van de geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gaarne toelichten:		
14	Heeft u HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Had u routinematige medische, pediatrie of gynaecologische controles, mammogrammen, uitstrijkjes, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, vermeld datum en resultaten:		
16	Wordt u behandeld voor Leishmanianis ("Bos Yaws")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld voor tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17**	Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, hoeveel sigaretten of shagjes per dag?		
	<input type="checkbox"/> Minder dan 10 <input type="checkbox"/> 10 of meer		
18**	Drinkt u alcoholische drank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, hoeveel glazen per maand:		
	<input type="checkbox"/> Minder dan 25 <input type="checkbox"/> 25 of meer		
19**	Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		
	Bent u ooit medisch behandeld voor alcohol- of drugsgebruik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	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"/>
21	Gebruikt u geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke?		

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
	Hoe vaak? _____ per dag / week / maand		
	Sinds wanneer? _____		
	Wie schrijft deze voor? _____		
22	Bent u ooit geopereerd geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u ooit in het ziekenhuis opgenomen anders dan voor een operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indien bij 1 of 2 van deze vragen "Ja" is aangekruist, ook het volgende invullen:		
	Naam specialist en ziekenhuis: _____		
	Reden van opname? _____		
	In welk jaar? _____		
	Heeft u nog klachten daarvan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, wie behandelt u voor deze klachten?		
23	Ligt er een ziekenhuisopname in het vooruitzicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Zo ja, waarvoor? _____		
	- Binnen hoeveel tijd? (dagen / weken / maanden)		
24	Bent u op dit moment onder medische behandeling voor een andere ziekte welke niet eerder is genoemd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke ziekte? _____		
25	Heeft u ooit een ongeluk gehad waarbij er sprake was van lichamelijk letsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In welk jaar? _____		
	Beschrijf het letsel		

	<i>Indien u een man bent, ga door naar vraag 28</i>		
26**	Bent u op dit moment zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld voor een niet-regelmatige menstruatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld in verband met een kindervwens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27**	Heeft u zwangerschappen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, had u tijdens uw zwangerschap		
	- Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist op het spreekuur geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Naam specialist en ziekenhuis: _____		
	Reden van behandeling? _____		
	Wordt u nog steeds behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Heeft u iets over uw gezondheid op te merken wat niet hierboven vermeld is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30	Is er ooit een levens-, ziektekosten- of ongevallenverzekering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Afgewezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Opgezegd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Uitgesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tegen verhoogde premie aangenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tegen bijzondere voorwaarden aangenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, geef de bijzonderheden op:		

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
31	Bij welke maatschappij bent u op dit moment verzekerd? <input type="checkbox"/> Assuria <input type="checkbox"/> SZF <input type="checkbox"/> Self Reliance <input type="checkbox"/> Parsasco <input type="checkbox"/> Elders verzekerd bij _____ <input type="checkbox"/> Niet verzekerd Polisnummer: _____ Expiratie datum: _____ <i>Kopie van uw verzekeringspas bijvoegen.</i>		

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
	Zal de aangevraagde verzekering de bestaande verzekering moeten vervangen? Zo ja, wat is daarvan de reden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Wie is uw huidige of laatste huisarts? Naam: _____ Poli adres: _____		

Toelichting:

De huisarts(en) is (zijn) de dokter(s) bij wie u gaat als u ziek bent 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.

Begunstigden: _____

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 Assuria Medische Verzekering N.V. om in het kader van de acceptatie van deze aanvraag van een medische verzekering te mogen overleggen met de herverzekeraar(s) met dienverstande dat persoonlijke data van de aanvrager of verzekerde(n) uitgewisseld kan worden tussen partijen onderling.

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**. 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: