

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:

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ AZPAS BASIS | ☐ SRD | ☐ USD |
| ☐ AZPAS PLUS | ☐ SRD | ☐ USD |
| ☐ AZPAS SUPRÊME | ☐ SRD | ☐ USD |

Kies aanvullende dekking(en):

- | | |
|--|--|
| ☐ Silver Geneesmiddelen Assortiment | ☐ Optische Zorg Extra |
| ☐ Gold Geneesmiddelen Assortiment | ☐ Optische Zorg Extra ⁺ |
| ☐ Second Medical Opinion | ☐ Optische Zorg Extra ⁺⁺ |

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: Gewicht in kg: Datum van meting:		
2	Doet u aan sport? Welke en hoeveel uren per week? 	☐	☐
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) Glaucoom (verhoogde oogdruk) Oorklachten Asterma Hartklachten Hoge bloeddruk Verhoogd cholesterolgehalte in het bloed Suikerziekte Gebruikt u insuline? "Lage Sahli" (bloedarmoede) Verhoogde bloedingsneiging of trombose? Sikkelcellen Schildklier aandoening / een andere hormoonziekte Vallende ziekte, epilepsie Reuma, jicht Slijtage gewrichten Beroerte (CVA, TIA), verlammingen Prostaat, baarmoeder, eileiders of geslachtsorganen Huidklachten ☐ Eczeem ☐ Psoriasis ☐ Anders, nl.	☐	☐
	Kanker of gezwellen Welke soort / lichaamsdeel?	☐	☐
	Aangeboren afwijkingen Welke?	☐	☐
	Andere ziekten of aandoeningen Welke?	☐	☐
	HIV	☐	☐
	Alcohol- of drugsgebruik	☐	☐
	Nierfunctie stoornissen	☐	☐
	Wordt u gedialyseerd?	☐	☐
	Wordt u behandeld om dialyse te voorkomen of uit te stellen?	☐	☐

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?	☐	☐
4	Rookt u? Hoeveel sigaretten of shagjes per dag? ☐ Minder dan 10 ☐ 10 of meer	☐	☐
5	Drinkt u alcoholische drank? Hoeveel glazen per maand? ☐ Minder dan 25 ☐ 25 of meer	☐	☐
6	Gebruikt u drugs? Welke?	☐	☐
7	Gebruikt u geneesmiddelen? Welke? Hoe vaak? per dag / week / maand Sinds wanneer? Wie schrijft deze voor?	☐	☐
8	Bent u in de afgelopen 5 jaren geopereerd geworden? Naam specialist en ziekenhuis Bent u in de afgelopen 5 jaren in het ziekenhuis opgenomen geweest anders dan voor een operatie? Reden opname: In welk jaar: Heeft u nog klachten? Wie behandelt u voor deze klachten?	☐	☐
9	Ligt u nu in een ziekenhuis of is er een opname in het vooruitzicht? Waarvoor? Binnen hoeveel tijd? (dagen / weken / maanden)	☐	☐
10	Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist op het spreekuur geweest? Naam specialist en ziekenhuis Reden van behandeling? Wordt u nog steeds behandeld?	☐	☐
11	Voor vrouwen: Bent u zwanger?	☐	☐

Consentverklaring

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

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: