

**1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER** (Aanvrager en premiebetaler)

**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 KIND**

Naam :

Voornamen (volut) :

Geboortedatum :

Geslacht: M V

Adres :

Woonplaats:

Identiteitskaartnummer :

*kopie toevoegen verplicht*

Familieboek of paspoortnummer van het kind :

*kopie toevoegen verplicht*

Relatie tot de verzekeringnemer:

Naam van de moeder :

Geboortedatum moeder :

Azpas-relatienummer moeder:

\*Als er wijzigingen optreden in uw contactgegevens, bent u verplicht dit aan ons door te geven

Telefoonnummer ouders/ voogd

Huis :  Werk:

Mobiel (verplicht) :

E-mailadres :  Faxnummer:

### **3. PRODUCTINFORMATIE**

#### **a. Kies het product:**

AZPAS Plus

#### **b. Kies de premiebetaling**

per maand  per 3 mnd  per 6 mnd  per jaar

AZPAS Basis  per 6 mnd  per jaar

Ziekenhuisligging: Voor kinderen t/m 12 jaar geldt de kinderklasse, die gelijk is aan de 3<sup>e</sup> klasse.

#### **d. Kies aanvullende dekking(en):**

Optische zorg Suprême (alleen mogelijk bij AZPAS Plus, komt in plaats van de Optische Zorg Classic)

Optische zorg Extra (alleen mogelijk bij AZPAS Basis, komt als extra vergoeding op de wettelijke dekking)

Alternatieve geneeswijzen

Tandpas (Tandpas Aanvraagformulier en Saneringsverklaring ingevuld inleveren)

Azpas Geneesmiddelen klapper GOLD

#### **e. Kies de gewenste ingangsdatum van de verzekering:**

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

### **4. Vragen met betrekking tot de te verzekeren persoon**

**IN TE VULLEN DOOR DE OUDER(S)/ VERZORGER(S)**

#### **Nr. Aankruisen wat van toepassing is**

1. Lengte :

Datum gemeten :

Gewicht :   gram  kg

Datum gewogen :

2. Is/ wordt uw kind gevaccineerd?  Ja  Nee

Zo ja, laatste vaccinatie datum:

Soort vaccinatie op die datum :

3. Heeft uw kind een allergie?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor?

4. Is uw kind onder behandeling/ onder behandeling geweest van de huisarts? (omcirkelen wat van toepassing is)  Ja  Nee

Zo ja, naam arts :

Poli adres arts :

Waarvoor en wanneer?

Datum laatste consult?

**Nr. Aankruisen wat van toepassing is**

5. Is uw kind onder behandeling/ onder behandeling geweest van een specialist? (omcirkelen wat van toepassing is)  Ja  Nee

Zo ja, naam specialist:

Poli adres specialist :

Waarvoor en wanneer?

Datum laatste consult:

6. Heeft uw kind enige ziekte, aandoening of (aangeboren) afwijking?  Ja  Nee

Zo ja, namelijk

7. Heeft u nog iets op te merken over de gezondheid van uw kind?  Ja  Nee

Zo ja, plaats hier uw opmerking

8. Bij welke maatschappij was uw kind het afgelopen jaar verzekerd?  SZF  Self Reliance  Parsasco

Elders verzekerd bij

Niet verzekerd

Bij welke maatschappij is uw kind op dit moment verzekerd?  SZF  Self Reliance  Parsasco

Elders verzekerd bij

Niet verzekerd

(kopie van de verzekeringspas bijvoegen. Indien u het kind van SZF wenst over te laten stappen naar Assuria, dient u een uitschrijfbewijs in te leveren.)

Zal de aangevraagde verzekering de bestaande verzekering moeten vervangen?  Ja  Nee

Zo ja, wat is daarvan de reden

9. A

Wie wilt u als huisarts voor uw kind als hij/zij AZPAS-verzekerd is? (zie toelichting)

Naam :

Poli adres :

B

Wie is de huidige of laatste huisarts van uw kind?

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 gevraagd door Assuria Medische Verzekering N.V.

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 bovengenoemd kind behandeld hebben of zullen behandelen, de door Assuria Medische verzekering N.V. te vragen inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken.

Plaats:

Datum:

Plaats:

Datum:

handtekening van één van de ouders/voogd van het te verzekeren kind

handtekening van de verzekeringnemer

\* 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 in het verleden 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.
- ✓ 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.

Naam tussenpersoon :

Tussenpersoonnummer: