

**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:

**PRODUCTINFORMATIE:**

- AZPAS BASIS
- AZPAS PLUS  SRD  USD
- AZPAS SUPREME  SRD  USD

**Kies aanvullende dekking(en):**

- Optische Zorg Extra
- Optische Zorg Extra+
- Optische Zorg Extra++
- Azpas Geneesmiddelen Klapper Gold

## Kies de ziekenhuisligging

- 1<sup>ste</sup> klasse  
 2<sup>e</sup> klasse  
 3<sup>e</sup> 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, <b>omcirkelen</b> 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? 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"/>
11	<b>Voor vrouwen:</b> Bent u zwanger?	<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 verzekeren persoon (indien minderjarig, ondertekening door ouders of voogd)

Plaats:  Datum:

Handtekening van de verzekeringnemer (indien anders dan te verzekeren 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** 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: