



<input type="checkbox"/> <i>Nieuwe verzekering</i>	Ingangsdatum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <i>Mutatie</i>	Polisnummer	<input type="text"/>

Gegevens overlijdensrisicoverzekering

Soort verzekering	<input type="checkbox"/> <i>Gelijkblijvend</i>	<input type="checkbox"/> <i>Lineair dalend</i>	<input type="checkbox"/> <i>Annuïtair dalend</i>	Annuiteitenpercentage	<input type="text"/>	%
Verzekerd bedrag	€ <input type="text"/>	Looptijd	<input type="text"/>	jaar	Soort tarief	<input type="checkbox"/> <i>Niet-rokers</i> <input type="checkbox"/> <i>Rokers</i>

Gegevens verzekeringnemer

Betreft	<input type="checkbox"/> <i>Verzekeringnemer, geen verzekerde</i>	<input type="checkbox"/> <i>Verzekeringnemer, tevens verzekerde</i>
Naam en voorletters	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <i>Man</i> <input type="checkbox"/> <i>Vrouw</i>
(Woon)adres	<input type="text"/>	
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats <input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>	Geboortedatum <input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>	(Post)banknummer <input type="text"/>
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	<input type="checkbox"/> <i>Nee</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>	Beroep/bezigheid <input type="text"/>
Inschrijffnummer Kamer van Koophandel	<input type="text"/>	Alleen invullen indien de verzekeringnemer een bedrijf is, kopie uittreksel Kamer van Koophandel bijsluiten.

Betaling premie

Betaling	<input type="checkbox"/> <i>Koopsom (eenmalig)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Per jaar</i>	<input type="checkbox"/> <i>Per halfjaar</i>	<input type="checkbox"/> <i>Per kwartaal</i>	<input type="checkbox"/> <i>Per maand</i>
Betalingswijze	<input type="checkbox"/> <i>Automatisch</i>	Bij maandelijkse betaling verplicht. De machtiging tot afschrijving van het aangegeven (Post)banknummer van de verzekeringnemer wordt verleend aan de maatschappij of assurantieadviseur door ondertekening van dit aanvraagformulier.			

Gegevens verzekerde

Betreft	<input type="checkbox"/> <i>Verzekerde, geen medeverzekeringnemer</i>	<input type="checkbox"/> <i>Verzekerde, tevens medeverzekeringnemer</i>
Naam en voorletters	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <i>Man</i> <input type="checkbox"/> <i>Vrouw</i>
(Woon)adres	<input type="text"/>	
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats <input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>	Geboortedatum <input type="text"/>
Relatie tot verzekeringnemer	<input type="text"/>	
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	<input type="checkbox"/> <i>Nee</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>	Beroep/bezigheid <input type="text"/>

Verpanding

De rechten en vorderingen voortvloeiende uit deze verzekering zijn/worden verpand aan:

Naam pandnemer	<input type="text"/>	
Adres	<input type="text"/>	
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats <input type="text"/>

Premiesplitsing

Als de verzekeringnemer tevens verzekerde is en hij/zij komt te overlijden, dan is de begunstigde successierechten verschuldigd over (een deel van) de uitkering. Bij een verzekering op twee levens kan het betalen van successierechten worden vermeden door premiesplitsing op de polis aan te tekenen. Op de polis wordt dan vermeld dat de ene verzekerde het gedeelte van de premie voor het overlijdensrisico van de andere verzekerde is verschuldigd en omgekeerd. Deze aantekening heeft geen zin als de twee verzekerden zijn gehuwd in gemeenschap van goederen of samen als partners zijn geregistreerd in gemeen-

schap van goederen. Alle premieplichtigen ingevolge deze overeenkomst gaan ermee akkoord dat de maatschappij de door hen verschuldigde premies incasseert bij de verzekeringnemer. Derhalve verzoekt de medeverzekeringnemer de maatschappij zich voor het incasseren van de door hem/haar verschuldigde premies te wenden tot de verzekeringnemer en verklaart de verzekeringnemer zich ermee akkoord dat deze premies bij hem/haar geïncasseerd worden.

Aantekenen premiesplitsing	<input type="checkbox"/> <i>Nee</i> <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>
----------------------------	--



Begunstiging

Voor de begunstiging bij een verzekering op één leven geldt standaard de volgorde: de verzekeringnemer, diens echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner, diens kinderen, diens erfgenamen. De standaardbegunstiging bij een verzekering op twee levens kent de volgorde: de (eerste) verzekeringnemer, de langstlevende verzekerde, de echtgeno(o)t(e) van de verzekeringnemer, de kinderen van de verzekeringnemer, de erfgenamen van de verzekeringnemer.

U kunt zelf een afwijkende begunstiging opgeven. De door u opgegeven personen hebben voorrang boven de standaard begunstigden. U kunt één, twee, drie of vier begunstigden opgeven.

Begunstiging	<input type="checkbox"/> Standaardbegunstiging	<input type="checkbox"/> Afwijkende begunstiging, namelijk	
1. Naam en voorletters	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
2. Naam en voorletters	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
3. Naam en voorletters	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
4. Naam en voorletters	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>

Andere overlijdensrisicoverzekeringen

Heeft een verzekeringsmaatschappij ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering van u opgezegd, vernietigd of aan u geweigerd?

Nee Ja

Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering tegen een hogere premie of onder uitsluiting van bepaalde risico's aangeboden?

Nee Ja

Is gedurende de afgelopen 3 jaar op het leven van de verzekerde(n) een verzekering afgesloten met overlijdensrisico of is (wordt) elders ook een levensverzekering met overlijdensrisico aangevraagd?

1e verzekerde Nee Ja Zo ja, voor welk bedrag €

2e verzekerde Nee Ja Zo ja, voor welk bedrag €

Indien het overlijdensrisico van deze verzekering(en) samen met de thans aangevraagde verzekering boven de door Klaverblad Verzekeringen gehanteerde keuringsgrenzen komt, zal een nader medisch onderzoek van de verzekerde(n) noodzakelijk zijn.

Ondertekening

U bent verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk en naar waarheid te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat Klaverblad Verzekeringen een polisblad heeft afgegeven, moet u alsnog aan Klaverblad Verzekeringen mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het

aanvraagformulier.

Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan dit ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u heeft gehandeld met het opzet om Klaverblad Verzekeringen te misleiden of indien Klaverblad Verzekeringen bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft zij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Plaats

Plaats

Datum

Datum

Handtekening verzekeringnemer

Handtekening medeverzekeringnemer

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, het tegengaan van fraude, het uitvoeren van statistische analyse, het voldoen aan wettelijke verplichtingen en het uitvoeren van marketingactiviteiten. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing (zie www.verzekeraars.nl).

Op de aangevraagde verzekering is het Nederlands recht van toepassing. Op de aangevraagde verzekering zijn algemene voorwaarden van toepassing. Door de verzekeringsovereenkomst aan te gaan verklaart u zich hiermee akkoord. U kunt deze algemene voorwaarden bij uw assurantieadviseur of bij de maatschappij opvragen.

Voor het beheersen van risico's en het tegengaan van fraude kan de maatschappij persoonsgegevens bij de Stichting CIS te Zeist raadplegen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierop van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).

Met klachten naar aanleiding van (de uitvoering van) de verzekeringsovereenkomst kunt u zich schriftelijk wenden tot het Klachtenbureau van Klaverblad Verzekeringen, Postbus 3012, 2700 KV Zoetermeer. Als dit niet leidt tot een bevredigende oplossing, kunt u zich richten tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 – 3 552 248, www.kifid.nl.

In te vullen door de assurantieadviseur

Premie-incasso Volledig door assurantieadviseur

Volledig door maatschappij

Alleen invullen indien deze afwijkend is van uw standaardregeling bij Klaverblad Verzekeringen. Alleen prolongatie door maatschappij

Wijzigingen en prolongatie door maatschappij

Assurantieadviseur

Administratienummer

Gezondheidsverklaring verzekerde

De gezondheidsverklaring dient te worden afgelegd door de verzekerde. Zie voor meer informatie het informatieblad Toelichting gezondheidsverklaring levensverzekering.

Persoonlijke gezondheidsgegevens

1. a. Naam verzekerde _____ b. Geboortedatum _____

c. Lengte _____ cm d. Gewicht _____ kg

e. Rookt u of heeft u gerookt? Zo ja, hieronder invullen wat, vanaf welke leeftijd en hoeveel per dag. Nee Ja
_____ f. Indien gestopt, wanneer? _____

g. Drinkt u meer dan 3 alcoholische consumpties per dag? Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag. Nee Ja

h. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt, bijvoorbeeld wiet, hasj, cannabis, heroïne, cocaïne, crack, speed of xtc? Nee Ja
Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag.
_____ i. Indien gestopt, wanneer? _____

Gezondheidstoestand

2. Lijdt u of heeft u geleden aan: *Onderstrepen wat van toepassing is.*

a. ziekten of aandoeningen aan hersenen of zenuwen zoals beroerte, duizelingen, toevallen, hyperventilatie, spierziekten, hoofdpijn? Nee Ja

b. aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burn-out? Nee Ja

c. verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten? Nee Ja

d. verhoogd cholesterol, afwijkende bloedvetten, suikerziekte, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormonale afwijkingen? Nee Ja

e. aandoeningen aan longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? Nee Ja

f. aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? Nee Ja

g. aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? Nee Ja

h. goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede? Nee Ja

i. aandoeningen aan spieren, ledematen of gewrichten, bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, jicht, ischias, RSI? Nee Ja

j. huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie? Nee Ja

k. neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottenhoofd- of stembandaandoeningen? Nee Ja

l. enige andere ziekte, kwaal of gebrek (hier vallen ook klachten onder)? Nee Ja
Zo ja, geef hieronder een toelichting.

3. Beantwoord onderstaande vragen indien u hierboven een vraag met 'ja' heeft beantwoord en geef met de letters van de rubrieken aan op welke aandoening uw antwoord betrekking heeft. *Gebruik indien nodig een aparte bijlage.*

a. Heeft u de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd? Nee Ja
Zo ja, geef hieronder aan wanneer u uw huisarts bezocht, waarvoor en of u momenteel nog onder controle staat.

b. Heeft u een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureaumedeewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur? Nee Ja
Zo ja, geef hieronder aan welke van deze artsen of hulpverleners u bezocht, wanneer en waarvoor.

c. Staat u nog onder controle of bent u nog onder behandeling van een van bovenstaande artsen of hulpverleners? Nee Ja
Zo ja, bij wie?

d. Heeft een van uw artsen u medicijnen voorgeschreven? Nee Ja
Zo ja, geef hieronder aan welke medicijnen u kreeg voorgeschreven, in welke dosering en of u deze medicijnen momenteel nog gebruikt.

Vervolg gezondheidsverklaring verzekerde

- e. Bent u opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?
Zo ja, geef hieronder aan waar, wanneer, waarvoor en hoelang. Nee Ja
- f. Is de aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden? Zo ja, geef hieronder een toelichting. Nee Ja

Bloedonderzoek

4. Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? Zo ja, waarom en waarop werd uw bloed onderzocht, wanneer en wat was het resultaat? Nee Ja

Aids en hiv

5. a. Heeft u aids? Nee Ja
- b. Zijn in uw bloed hiv-antistoffen aangetoond; bent u seropositief? Nee Ja
- c. Heeft u ooit in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, wanneer en in welk land? Nee Ja
- d. Gebruikt u of gebruikte u in de afgelopen 5 jaar drugs met behulp van een injectiespuit? Nee Ja
- e. Wordt u momenteel of bent u in de afgelopen 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening of ziekte? Zo ja, voor welke aandoening? Nee Ja

Een bevestigend antwoord op vraag 5c, d of e kan voor de geneeskundig adviseur aanleiding zijn om te besluiten tot een nader onderzoek waarop eventueel een hiv-test kan volgen. Meer informatie hierover vindt u in de toelichting.

Werkzaamheden

6. a. Heeft u de laatste 5 jaar 2 weken of langer achtereen geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken? Nee Ja
- b. Bent u ooit medisch afgekeurd (bijvoorbeeld voor militaire dienst of door een uitkeringsinstantie)? Nee Ja
- c. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? Zo ja, geef hieronder een toelichting. Nee Ja

Vragen over uw familieleden

7. a. Heeft uw vader, moeder en/of broers/zussen geleden (of lijdt nog) aan een van de volgende aandoeningen: hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoeningen van psychische aard? Zo ja, hieronder toelichten bij wie en welke aandoening. Nee Ja

	Leeftijd	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Van psychische aard
Vader					
Moeder					
Broer(s)					
Zus(sen)					

- b. Indien vader, moeder, broer(s) of zus(sen) niet meer in leven zijn dan hieronder de leeftijd bij overlijden alsmede de oorzaak van overlijden invullen.

Ondertekening gezondheidsverklaring

Plaats

Datum

Door ondertekening van dit formulier verklaart de verzekerde dat de antwoorden op de vragen van de gezondheidsverklaring door hem/haar naar waarheid en zo volledig mogelijk zijn ingevuld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met dit formulier aangevraagde verzekering(en), tenzij anders aangegeven. Verder verplicht hij/zij zich om wijzigingen in de gezondheidstoestand die optreden na ondertekening van dit formulier, maar voor afgifte van het polisblad, direct schriftelijk aan de maatschappij te melden.

Handtekening verzekerde

Aanvullende gezondheidsverklaring verzekerde

Is het verzekerde bedrag dat nu aangevraagd wordt hoger dan € 160.000,-?

Nee Ja

Zo ja, dan alle hiernavolgende vragen beantwoorden. Zo nee, dan kunt u de hiernavolgende vragen (8 tot en met 15) overslaan.

Aanvullende vragen

8. Heeft u ooit een van de volgende behandelaars bezocht om (nog) een andere reden dan de reden die in vraag 2 en 3 is gevraagd?

- | | | | |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| a. Specialist | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | d. Psycholoog | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| b. Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | e. Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| c. Manueel therapeut | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | f. Alternatieve geneeswijzer | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

Indien u (een van) de vragen a tot en met f met 'ja' heeft beantwoord, geef hieronder aan wanneer, waarvoor en of u nog onder behandeling staat.

9. Gebruikt u medicijnen of heeft u medicijnen gebruikt naast degene waarnaar in vraag 3 is gevraagd?

Nee Ja

Zo ja, geef hieronder aan welke medicijnen, waarvoor, in welke dosering en of u deze medicijnen nog steeds gebruikt.

10. Bent u ooit opgenomen geweest in een van de volgende instellingen om (nog) een andere reden dan de reden die in vraag 2 en 3 is gevraagd?

- | | | | |
|---------------|--|------------------------------|--|
| a. Ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | d. Psychiatrische inrichting | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| b. Kliniek | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | e. Verpleeginrichting | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| c. Sanatorium | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja | | |

Indien u (een van) de vragen a tot en met e met 'ja' heeft beantwoord, geef hieronder aan waar, wanneer, waarvoor en hoelang.

11. Heeft u ooit operaties ondergaan anders dan de operaties waarnaar in vraag 2 en 3 is gevraagd?

Nee Ja

Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Diverse behandelingen

12. a. Bent u ooit om medische redenen afgekeurd door de bloedtransfusiedienst? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarom.

Nee Ja

b. Is bij u ooit een röntgenonderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee Ja

c. Is bij u ooit een echo-onderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee Ja

d. Is bij u ooit een MRI-onderzoek verricht? Zo ja, geef hieronder aan wanneer en waarvoor.

Nee Ja

Gehoor en gezichtsvermogen

13. a. Heeft u een gehoorstoornis? Zo ja, geef hieronder aan welk oor en wat de oorzaak is.

Nee Ja

b. Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen? Zo ja, geef hieronder aan welk oog en wat de oorzaak is.

Nee Ja

Vervolg aanvullende gezondheidsverklaring verzekerde

c. Draagt u een bril of contactlenzen? Zo ja, geef hieronder aan welke sterkte.

Nee Ja

Sterkte links

Sterkte rechts

d. Heeft u ooit een ooglasersbehandeling ondergaan? Zo ja, geef hieronder aan wat de sterkte was vóór de behandeling.

Nee Ja

Sterkte links

Sterkte rechts

Werkzaamheden

14. a. Wat is uw beroep?

b. Hoeveel uur werkt u gewoonlijk per week?

c. Voelt u zich meestal gezond? Zo nee, hieronder toelichten.

Nee Ja

d. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee Ja

e. Heeft u ooit een uitkering ontvangen? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee Ja

f. Heeft u ooit een ongeval gehad met blijvende lichamelijke of psychische gevolgen? Zo ja, hieronder toelichten.

Nee Ja

Vragen over uw familieleden

15. a. Komt of kwam een van de volgende aandoeningen voor in uw familie in eerste lijn (ouders, broers, zussen, kinderen):
erfelijke ziekten, verhoogd cholesterol, kanker, nierziekten, neurologische aandoeningen, spierziekten?

Nee Ja

Zo ja, hieronder toelichten bij wie, zijn/haar leeftijd en welke aandoening.

b. Komt of kwam een van de volgende aandoeningen voor in uw familie in tweede lijn (grootouders, ooms, tantes):
hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk, aandoeningen van psychische aard, erfelijke ziekten, verhoogd cholesterol,
kanker, nierziekten, neurologische aandoeningen, spierziekten?

Nee Ja

Zo ja, hieronder toelichten bij wie, zijn/haar leeftijd en welke aandoening.

Ondertekening aanvullende gezondheidsverklaring

Plaats

Datum

Door ondertekening van dit formulier verklaart de verzekerde dat de antwoorden op de vragen van de aanvullende gezondheidsverklaring door hem/haar naar waarheid en zo volledig mogelijk zijn ingevuld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met dit formulier aangevraagde verzekering(en), tenzij anders aangegeven. Verder verplicht hij/zij zich om wijzigingen in de gezondheidstoestand die optreden na ondertekening van dit formulier, maar voor afgifte van het polisblad, direct schriftelijk aan de maatschappij te melden.

Handtekening verzekerde