



Klaverblad Levensverzekering N.V.
Postbus 3012, 2700 KV Zoetermeer
Afrikaweg 2, 2713 AW Zoetermeer

Vergunningnummer AFM: 12000418

Nieuw Wijziging polisnummer _____

Nieuw in combinatie met Klaverblad (Basis)Variant Hypotheek _____

Voor dit product is een financiële bijsluiter opgesteld met informatie over het product, de kosten en de risico's. Vraag erom en lees hem voordat u het product koopt.

Gegevens verzekeringnemer/verzekerde

Betreft Verzekeringnemer, geen verzekerde Verzekeringnemer, tevens verzekerde _____

Naam en voorletters _____ Man Vrouw _____

(Woon)adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoon _____ Geboortedatum _____

Beroep/bezigheid _____ (Post)banknummer _____

Burgerservicenummer _____

Gegevens medeverzekeringnemer/verzekerde

Betreft Verzekerde, geen medeverzekeringnemer Verzekerde, tevens medeverzekeringnemer _____

Naam en voorletters _____ Man Vrouw _____

(Woon)adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Beroep/bezigheid _____ Geboortedatum _____

Burgerservicenummer _____ (Post)banknummer _____

Gegevens gewenste verzekering (Kies één van de mogelijkheden.)

1. Verzekerd bedrag € _____ Bijbehorende premie ca. € _____

2. Premie op jaarbasis € _____ Bijbehorend verzekerd bedrag ca. € _____

3. 'Hoge' premie € _____ Gedurende _____ jaar Daarna per jaar € _____

Ingangsdatum 01 - _____ Looptijd (in jaren en maanden) of einddatum _____

Dekking Gemengde verzekering Kapitaalverzekering bij leven met premierestitutie _____

Aanvullende dekking Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid _____ Ook voor degene die de premie betaalt moet een gezondheidsverklaring worden ingevuld.

Clausulering 1. Kapitaalverzekering Eigen Woning 2. Gerichte lijfrente _____

3. Geen fiscale clausulering _____

Heeft u voor of bij het aanvragen van de verzekering van uw assurantiadviseur een offerte met financiële bijsluiter ontvangen? Nee Ja

Premiebetaling

Betalingstermijn Jaar Halfjaar Kwartaal Maand _____

Betalingswijze Automatisch _____ Bij maandelijkse betaling verplicht. De machtiging tot afschrijving van het aangegeven (Post)banknummer van de verzekeringnemer wordt verleend aan de maatschappij of assurantiadviseur door ondertekening van dit aanvraagformulier.

Verpanding (niet mogelijk bij een gerichte lijfrente)

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

Naam pandnemer _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____



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. Indien de verzekeringnemer in gemeenschap van goederen is gehuwd of samen met zijn/haar partner als partners in gemeenschap van goederen zijn geregistreerd, is dat niet te voorkomen. In alle overige gevallen kan het betalen van successierechten worden

vermeden door de polis samen met de partner te sluiten en premiesplitsing op de polis te laten aantekenen. Op de polis wordt dan vermeld dat de medeverzekeringnemer (de partner) het gedeelte van de premie voor het overlijdensrisico verschuldigd is. Premiesplitsing is niet mogelijk bij een gerichte lijfrente. 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. De verzekeringnemer verklaart zich ermee akkoord dat deze premies bij hem/haar geïncasseerd worden.

Aantekenen premiesplitsing Nee Ja

Begunstiging

Voor de begunstiging geldt standaard de volgorde: de verzekeringnemer, diens echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner, diens kinderen, diens erfgenamen. De verzekeringnemer kan zelf een afwijkende begunstiging opgeven. De opgegeven personen hebben voorrang boven de standaardbegunstigden.

Begunstiging Standaardbegunstiging Afwijkende begunstiging, namelijk:
(Vul hieronder naam, voorletters en geboortedatum in.)

1.	3.
2.	4.

Andere overlijdensrisicoverzekeringen

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

1^e 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.

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

Ondertekening

U bent verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk 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 u heeft bericht het aangeboden risico te verzekeren, 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 vervalft. 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 _____

Datum _____

Handtekening verzekeringnemer

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.verzekerders.nl).

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).

Handtekening medeverzekeringnemer

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. Met klachten naar aanleiding van (de uitvoering van) de verzekeringsovereenkomst kunt 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

Heeft u de verzekeringnemer voor of bij het aanvragen van de verzekering een offerte met financiële bijsluiter overhandigd? Nee Ja

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 _____

BemiddelingsBedrijf Bosma
Moerbeistraat 56
9408 BA Assen
Antwoordsnummer 1087
9400 WB Assen
Tel: 0592 356 125
Fax: 0592 351 270
E-mail: info@bbb-verzekeringen.nl
Internet: www.bbb-verzekeringen.nl
www.kla4tje.nl

5973

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

g. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt, bijvoorbeeld wiet, hasj, cannabis, heroïne, cocaïne, crack, speed of XTC? (Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag.) Nee Ja

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, burnout? 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, alvelesklier? 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, strottehoofd- of stembandaandoeningen? Nee Ja

l. enige andere ziekte, kwaal of gebrek (hier vallen ook klachten onder)? Nee Ja

Behandeling

3. Beantwoord onderstaande vragen en geef met de letters van de rubrieken in vraag 2 aan op welke aandoening uw antwoord betrekking heeft. (Gebruik indien nodig een aparte bijlage.)

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

b. Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureaumedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur? Nee Ja
(Zo ja, geef hieronder aan welke van deze artsen of hulpverleners bezocht in welke periode en of u momenteel nog onder controle staat.)

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

Vervolg gezondheidsverklaring eerste verzekerde

- d. Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting? Nee Ja

- e. Is de aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden? 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)? Nee Ja

- c. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? 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? Nee Ja

(Zo ja, hieronder toelichten bij wie en welke aandoening.)

	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 eerste 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 eerste verzekerde

Gezondheidsverklaring tweede verzekerde (indien van toepassing).

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

g. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt, bijvoorbeeld wiet, hasj, cannabis, heroïne, cocaïne, crack, speed of XTC? (Zo ja, hieronder invullen wat en hoeveel per dag.) Nee Ja

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, burnout? 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, strottehoofd- of stembandaandoeningen? Nee Ja

l. enige andere ziekte, kwaal of gebrek (hier vallen ook klachten onder)? Nee Ja

Behandeling

3. Beantwoord onderstaande vragen en geef met de letters van de rubrieke in vraag 2 aan op welke aandoening uw antwoord betrekking heeft. (Gebruik indien nodig een aparte bijlage.)

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

b. Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureamedewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of accupunctuur? Nee Ja
(Zo ja, geef hieronder aan welke van deze artsen of hulpverleners bezocht in welke periode en of u momenteel nog onder controle staat.)

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

Vervolg gezondheidsverklaring tweede verzekerde

d. Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting? Nee Ja

e. Is de aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden? 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)? Nee Ja

c. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Moeder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broer(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zus(sen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 tweede 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 tweede verzekerde