



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

Vergunningnummer AFM: 12000418

Nieuw Wijziging polisnummer _____

Ingangsdatum _____

Gegevens verzekeringnemer en premiebetaler

Betreft Verzekeringnemer, tevens verzekerde Verzekeringnemer, geen verzekerde

Naam en voorletters _____ Man Vrouw

(Woon)adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoon _____ Geboortedatum _____

Beroep/bezigheid _____ (Post)banknummer _____

Sofinummer _____

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid Nee Ja

Indien voor premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid wordt gekozen, dan moet ook voor degene die de premie betaalt een gezondheidsverklaring worden ingevuld!

Gegevens verzekerde (Invullen indien afwijkend van verzekeringnemer.)

Naam en voorletters _____ Man Vrouw

(Woon)adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Beroep/bezigheid _____ Geboortedatum _____

Sofinummer _____ (Post)banknummer _____

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid Nee Ja

Gegevens gewenste verzekering (Kies een van de drie mogelijkheden.)

- Uitkering tot het einde van de looptijd _____
- Uitkering tot het einde van de looptijd met garantie (een gegarandeerde uitkeringsduur van 5 jaar) _____
- Uitkering gedurende _____ jaar (Vul de gewenste uitkeringsduur in.)

Looptijd of einddatum _____ (uitsluitend hele verzekeringsjaren)

Uitkeringsbedrag per maand € _____ (in hele euro's)

Indexering uitkeringsbedrag (standaard 3%) Ja, vanaf de ingangsdatum verzekering _____

Ja, vanaf het moment dat de uitkering ingaat _____

Nee _____

Discontoclausule Nee Ja _____

Premiebetaling

Betaling Jaar Halfjaar Kwartaal Maand _____

Betalingswijze Automatisch

Bij maandelijkse betaling verplicht. De machtiging tot afschrijving van het aangegeven (Post)banknummer wordt verleend aan de maatschappij/assurantieadviseur door ondertekening van dit aanvraagformulier.

Andere overlijdensrisicoverzekeringen

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

Nee Ja Zo ja, voor welk(e) verzekerd(e) bedrag(en) €

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 noodzakelijk zijn.

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

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 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

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.verzekeraars.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).

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 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, tel. 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

BemiddelingsBedrijf Bosma
Moerbeistraat 56
9408 BA Assen
Antwoordnummer 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 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, alveesklier? 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, manueeltherapeut, 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 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	<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 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