

6. **BEGUNSTIGDEN**

- A. verzekeringnemer E. verzekerde
B. diens echtgeno(o)t(e) F. diens echtgeno(o)t(e)
C. diens kinderen G. diens kinderen
D. diens erfgenamen H. diens erfgenamen

Andere begunstigten:

| Naam | Voornamen | Geb. datum |
|---------|-----------|------------|
| I. | | |
| J. | | |

7. **IS DE VERZEKERDE VOORNEMENS**

1. van beroep te veranderen? ja neen
2. op andere wijze dan als gewone passagier een vliegtocht te maken? ja neen
3. zich tijdelijk of blijvend in het buitenland te vestigen, of naar weinig bekende streken te gaan? ja neen
4. brengt het beroep van de verzekerde het doen van de onder 2 en 3 bedoelde reizen met zich mee? ja neen

8. **OVERLIJDENSRISICO**

- a. Zijn er op het leven van verzekerde al eens levensverzekeringen met een overlijdensrisico gesloten en/of heeft u nu deze verzekeringen lopen? ja neen
Indien ja, bij welke maatschappij(en) en voor welk(e) bedrag(en)?
- b. Heeft enige maatschappij ooit een verzekering op uw leven geweigerd, uitgesteld of alleen willen aannemen tegen hogere premie of met beperking van de verzekeringsduur? ja neen
Zo ja, welke maatschappij, wanneer en om welke reden?

Attentie: Het is belangrijk dat alle voor de totstandkoming van de verzekering benodigde gegevens juist en volledig zijn verstrekt; ook ten aanzien van de gezondheidsverklaring of de verklaring van een keurend arts. Later blijkende onjuistheid of onvolledigheid kan leiden tot verval of wijzigen van de rechten uit de verzekering. Vraag zonodig een toelichting.

De ondergetekende staat in voor de juistheid van de door hem/haar verstrekte gegevens en verklaart niets te hebben verzwegen dat voor het aangaan van de verzekering van belang is. Hij/zij gaat akkoord met de voorwaarden, waaronder de premie, die voor deze verzekering gelden.

Bij een kapitaalverzekering bij overlijden (zgn. Tarief 20 en T-20D):

“Het is verzekeringnemer bekend dat bij expiratie van deze verzekering geen recht op enige uitkering bestaat”.

....., de / / 20

Handtekening verzekeringnemer

Handtekening verzekerde

Hieronder niet beschrijven

Acceptatie

- Afdeling ja neen
Directie ja neen

Paraaf: Datum:
Paraaf: Datum:

GEZONDHEIDSVERKLARING t.b.v. FATUM LEVENSVERZEKERINGEN

(Wilt u bij beantwoording van deze vragen geen strepen gebruiken)

1. Verklaring van de te verzekeren persoon:

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: M/V*
 Adres : Woonplaats:
 Telefoonnummer : Nationaliteit:
 Geboortedatum en -plaats :
 Beroep of betrekking :

2. Geef zo nauwkeurig mogelijk op wat u weet omtrent uw familieleden

| | In leven | | Overleden | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|--------------------|
| | Leeftijd | gezondheids- toestand | Leeftijd overlijden | Oorzaak overlijden |
| Eigen vader | | | | |
| Eigen moeder | | | | |
| Broers (aantal:) | | | | |
| Zusters (aantal:) | | | | |
| Echtgeno(o)t(e) | | | | |
| Kinderen (aantal:) | | | | |
| Miskramen in eigen gezin | Aantal: | N.V.T. | N.V.T. | N.V.T. |

Komen of kwamen in uw familie gevallen voor van:
 Tuberculose, kanker, jicht, suikerziekte, zenuwziekte, vallende
 ziekte, krankzinnigheid, beroerte, drankzucht, zelfmoord of
 poging daartoe?

Welke ziekte en bij wie? (grootouders, ooms, tantes) Bij voorkomen van
 een der genoemde ziekten in het ouderlijk gezin of bij vroege dood van
 beide ouders, zo nauwkeurig mogelijk vermelden hetgeen omtrent de vier
 grootouders bekend is.

Wat is uw lengte: Cm/ Wat is uw gewicht: Kg Wanneer heeft u voor het laatst gewogen?

- | | | |
|----|---|---------|
| 3. | a. Wie is uw huisarts? | a. |
| | b. Hoe is in het algemeen, en tegenwoordig, uw gezondheid? | b. |
| | c. Hoe bent u bestand tegen flinke lichamelijke inspanning? (bv. trappen klimmen, hardlopen, sport enz.) | c. |
| | d. Hebt u weleens last gehad van kortademigheid, kramp of pijn in de borst of hartkloppingen? | d. |
| | e. Welke zijn uw werkzaamheden? (omschrijving van het opge geven beroep) | e. |
| | f. Hoeveel dagen hebt u de laatste 3 jaar wegens ziekte, ongeval of kwaal niet gewerkt? | f. |
| | g. Wanneer hebt u voor het laatst een huisarts of specialist geraadpleegd en waarvoor? Geef bijzonderheden. | g. |
| | h. Bent u nu onder behandeling van een medicus voor één of andere ziekte of kwaal? Zo ja, welke? Geef bijzonderheden. | h. |
| | i. Bent u in een ziekenhuis verpleegd? Zo ja wanneer en waarvoor? | i. |
| | j. Is uw bloed weleens onderzocht? Zo ja, wanneer en waarvoor en met welk resultaat? | j. |
| | k. Houdt u momenteel een dieet? Zo ja, waarom? | k. |
| 4. | Voelt u zich volkomen gezond? | 4. |
| 5. | Hebt u wel eens bloed opgebracht of gebraakt, of heeft zich wel eens bloed in urine of ontlasting vertoond? | 5. |
| 6. | Is bij u een verhoogde bloeddruk gevonden? | 6. |
| 7. | Werden er röntgenfoto's, E.C.G. of andere diagnostische testen van u genomen resp. bij u verricht? Zo ja, wanneer en wat was de aanleiding daartoe? Met welk resultaat? | 7. |

8. Lijdt u of hebt u geleden aan:
- | | |
|---|---------|
| a. Bezwaren met uw zenuwstelsel (overspanning enz.), ledematen of gewrichten (reumatiek), besmettelijke ziekten, S.O.A., suikerziekte, nieraandoeningen, aandoeningen aan de geslachtsorganen (extern of inwendig), ontstekingen aan lichaamsorganen, blindedarmontsteking, maag of ingewanden? | a. |
| b. Uitvloeijing uit oor, kortademigheid, beklemming op de borst, toevallen, flauwten, langdurig hoesten, hartkloppingen, gezwollen been (of benen), wondroos ("de roos")? | b. |
| c. Een abnormale vorm van vermoeidheid, gewichtsverlies, chronische diarree, vergroting van lymfeklieren of huidlaesies? | c. |
| d. Tropische ziekten zoals filaria, bilharzia, lepra, dengue, dysenterie, malaria of andere? Zo ja, wanneer? | d. |
| e. Of aan enige andere ziekte hier niet genoemd? | e. |
9. Heeft u H.I.V. testen gedaan? Wat was het resultaat? 9.
10. Bent u weleens geopereerd? Zo ja, wanneer en waarvoor? 10.
- Hoe is uw gezichtsvermogen: Links: Rechts:
- Als u een bril draagt, wat is de sterkte van de glazen: Links: Rechts:
- Hoe is uw gehoor: 11.
11. Hoeveel is uw gemiddeld alcohol gebruik per dag of per week? 11.
12. Hoeveel rookt u? Sedert welke leeftijd rookt u? 12.
13. Gebruikt u drugs? 13.
14. Bij vrouwen: verloopt uw menstruatie normaal? 14.
- Indien u zwanger bent, voor welke datum is de bevalling uitgerekend?
15. Zijn er nog omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraacht niet ter sprake gekomen? Zo ja, welke? 15.
16. Heeft u bezwaar tegen een eventueel geneeskundig onderzoek? 16.

Bovenstaande vragen zijn naar beste weten en naar waarheid door ondergetekende beantwoord. Dit geldt vooral voor de vragen betreffende huidige of vroegere ziekten, gezondheidsstoornissen en –klachten, wetende dat een verzwijging of verkeerde opgave de maatschappij van haar verplichtingen ontslaan kan. Tevens machtigt en verzoekt de te verzekeren persoon hiermede alle artsen, die hem/haar behandeld hebben of behandelen zullen, de door de maatschappij gevraagde inlichtingen over zijn/haar gezondheidstoestand en de oorzaak van zijn/haar overlijden mede te delen.

Handtekening van de te verzekeren persoon, te de / /20

.....

Hieronder niet beschrijven

Acceptatie MA: ja neen

Paraaf: Datum: