

Aanvraagformulier Mediflex

Tussenpersoon:

Polisnummer:

S.v.p. volledig invullen en aankruisen wat van toepassing is.

Verzekeringnemer

Naam en voornamen (*voluit*)

Woonadres

Woonplaats

Land

Telefoonnummer(s)

Geboortedatum (*dd/mm/jj*) / Geboorteland

Geslacht

Man

Vrouw

Nationaliteit(en)

ID-nummer

Type ID

Sédula

Paspoort

Rijbewijs

E-mailadres (*door de klant zelf in te vullen*)

Ik geef Guardian Group Fatum toestemming om mij via dit e-mailadres het polisblad en de polisvoorwaarden van deze verzekering op te sturen.

Handtekening

<p>1. Op welk eiland is de kandidaat-verzekerde aangewezen in geval van ziekenhuisverpleging? (De kandidaat-verzekerde dient ingezetene te zijn van de landen Curaçao, Sint Maarten en de BES-eilanden en tevens aldaar woonachtig te zijn.)</p>	<p>1.</p> <p><input type="checkbox"/> Curaçao <input type="checkbox"/> St. Maarten <input type="checkbox"/> Bonaire <input type="checkbox"/> Saba <input type="checkbox"/> St. Eustatius</p>
<p>2. Gewenste dekking</p>	<p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> Mediflex Premium <input type="checkbox"/> Mediflex Deluxe <input type="checkbox"/> Aanvullend Mediflex Premium <input type="checkbox"/> Aanvullend Mediflex Deluxe</p>
<p>3. Ingangsdatum</p>	<p>3. Datum: . . . De vervaldatum is altijd op 1 januari.</p>
<p>4. Wijze van premiebetaling</p>	<p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> per jaar <input type="checkbox"/> per kwartaal <input type="checkbox"/> per halfjaar <input type="checkbox"/> per maand</p>
<p>5. Lopende verzekeringen</p> <p>a. Wie van de aangemelde personen zijn reeds verzekerd tegen medische kosten?</p> <p>b. Bij welke maatschappij of instantie?</p> <p>c. Volgens welke verzekeringsvorm?</p> <p>d. Zijn alle gezinsleden in deze verzekering opgenomen? Zo nee, wie niet en waarom?</p>	<p>5.</p> <p>a.</p> <p>b. Naam maatschappij/instantie:</p> <p>c.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Naam:</p> <p>.</p> <p>.</p>

<p>6. Vorige verzekeringen</p> <p>a. Heeft enige maatschappij ooit één van de te verzekeren personen een medische verzekering geweigerd, opgezegd of verzwarende voorwaarden gesteld? Zo ja, welke te verzekeren persoon en welke maatschappij? Vermeld de bijzonderheden.</p> <p>b. Wie was uw vorige verzekeraar?</p> <p>c. Bij wie was u verzekerd de afgelopen 5 jaar?</p> <p>d. Wie was uw huisarts de afgelopen 5 jaar? (Vermeld evt. meerdere artsen)</p>	<p>6.</p> <p>a. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Naam:</p> <p>Naam maatschappij:</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p>d.</p> <p>.</p>
<p>7. Strafrechtelijk verleden</p> <p>Hebt u feiten te melden omtrent een eventueel strafrechtelijk verleden van u of een der te verzekeren personen, die binnen de afgelopen 8 jaar zijn voorgevallen? Zo ja, geef s.v.p een toelichting.</p>	<p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>
<p>8. Overige mededelingen</p> <p>Zijn er nog andere omstandigheden, die voor de beoordeling van het risico door de maatschappij van belang kunnen zijn? Zo ja, geef s.v.p een toelichting.</p>	<p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>

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

ALS UW GEZONDHEIDSTOESTAND VERANDERT

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdát de verzekering tot stand komt, dan moet u dit direct aan Guardian Group Fatum doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van Guardian Group Fatum of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd.

Datum: _____ Handtekening verzekeringnemer: _____

Premieberekening:

- Mediflex Premium
- Mediflex Deluxe
- Aanvullend Mediflex Premium
- Aanvullend Mediflex Deluxe

Jaarpremie totaal: _____

N.B.: Bij premieberekening gelieve rekening te houden met eventuele leeftijds- en/of gewichtstoeslag.

Toelichting: _____

Gezondheidsverklaring (in te vullen door kandidaat-verzekerde(n) of de ouders). **Strepen zijn niet toegestaan!**

Verzekerde uitkeren volgens	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Premium
1. Naam en voorna(a)m(en) van de te verzekeren perso(o)n(en)					
2. Identiteitsnummer/geboortedatum					
3. Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
4. Wat is uw beroep?					
5. Bent u beroepsduiker?					
6. Wat is uw lengte en wat is uw gewicht?	cm. kg.	cm. kg.	cm. kg.	cm. kg.	cm. kg.
7. Wat is/zijn de sterkte van uw bril en/of contactlenzen?	L. R.	L. R.	L. R.	L. R.	L. R.
8. Berijdt u een motorrijwiel? Zo ja, hoeveel cc?					
9. Wat is de naam van uw huidige huisarts (geen kinderspecialist)? Was dit de afgelopen 3 jaar ook uw huisarts? Zo niet, gaarne uw vorige huisarts vermelden.					
10. Hebt u momenteel klachten over uw gezondheid? (zo nodig toelichten aan de ommezijde)					
11. Hebt u de laatste 3 jaar klachten gehad waarvoor u al dan niet een arts hebt geraadpleegd? Gaarne bijzonderheden.					
12. Zijn er gebreken, misvormingen en andere (geboorte)afwijkingen?					
13. Bent u ooit opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium of psychiatrische inrichting of enige andere instelling? Zo ja, bij wie, waar, hoe lang en waarvoor?					
14. Hebt u ooit een specialist geconsulteerd? Zo ja, welke, in welk jaar, hoe lang, voor welke kwaal? Bent u geheel hersteld?					
15. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedarmoede, suikerziekte, nierziekte, cholesterol, geelzucht (hepatitis A of B), seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of hiv(aids)? Zo ja, wanneer, waarop en met welk resultaat? (Onderstreep de relevante items).					
16. Gebruikte u de laatste 3 jaar geneesmiddelen? Zo ja, welke? (naam vermelden)					
17.					
a. Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel?					
b. Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?					
c. Gebruikt u drugs? Zo ja, wat en hoeveel?					
18. Wanneer hebt u voor het laatst een tandarts geraadpleegd?					
19. Heeft één van de te verzekeren personen geleden aan één of meer van de volgende ziekten? Zo ja, vermeld welke ziekte, wanneer, de naam van de arts die behandeld heeft en de duur van de behandeling. Gebruik de toelichting.					
a. Zenuw- of geestesziekte, overspannenheid, zware hoofdpijn, migraine e.d.	a.	a.	a.	a.	a.
b. Hooikoorts, chronische bronchitis, cara	b.	b.	b.	b.	b.
c. Oogziekten, oorziekten	c.	c.	c.	c.	c.
d. Eczeem, psoriasis of andere huidziekten	d.	d.	d.	d.	d.
e. Aandoening aan de rug, zoals hernia, ischias, spit	e.	e.	e.	e.	e.
f. Zenuwontsteking, spierzwakte, ziekte van Parkinson	f.	f.	f.	f.	f.
g. Ziekten van de bewegingsorganen, slijtage van de gewrichten, waaronder knie-, schouder- of nekklachten	g.	g.	g.	g.	g.
h. Spataderen, "open been" of trombose	h.	h.	h.	h.	h.
i. Ziekten van de longen of van de luchtwegen w.o. astma, pleuritis, bronchitis, enz.	i.	i.	i.	i.	i.
j. Ziekten van het hart en/of de bloedvaten (hoge bloeddruk) cholesterol verhoging, beklemming of pijn in hartstreek, hartgeruis (hartaanval)	j.	j.	j.	j.	j.
k. Schildklier-aandoening	k.	k.	k.	k.	k.
l. Aandoening aan de maag (maagzweer), darmen (chronische diarree), galblaas en de lever (hepatitis)	l.	l.	l.	l.	l.
m. Suikerziekte	m.	m.	m.	m.	m.
n. Aandoening aan de nieren, urinewegen, blaas en geslachtsorganen. Voor mannen: zijn er prostaatklachten?	n.	n.	n.	n.	n.
o. Andere hier niet genoemde ziekten/ongevallen	o.	o.	o.	o.	o.
20. Ten aanzien van te verzekeren vrouwen:					
a. Bent u in verwachting?	a.	a.	a.	a.	a.
b. Staat u onder gynaecologische controle? Zo ja, vermeld de bijzonderheden.	b.	b.	b.	b.	b.
c. Deden zich bij vorige zwangerschappen complicaties voor?	c.	c.	c.	c.	c.
d. Hebt u uit de zwangerschap of bevalling nog afwijkingen overgehouden?	d.	d.	d.	d.	d.
e. Zijn er cystes of afwijkingen geconstateerd aan de borsten?	e.	e.	e.	e.	e.
Hij/zij machtigt tevens hierbij de Medisch Adviseur van Guardian Group om inlichtingen in te winnen bij de behandelend huisarts of specialist omtrent zijn/haar gezondheidstoestand. Aldus naar waarheid ingevuld.	Handtekening:	Handtekening:	Handtekening:	Handtekening:	Handtekening:

Vaststellen en verifiëren van uw identiteit

In het kader van verschillende nationale en internationale wet- en regelgevingen, zoals onder andere voorkoming van witwassen van geld en financieren van terrorisme en melding ongebruikelijke transacties (MOT), is Guardian Group en de aan haar gelieerde maatschappijen als Fatum Holding N.V.; Fatum General Insurance N.V.; Fatum General Insurance Aruba N.V.; Fatum Health N.V.; Fatum Life N.V. en Fatum Life Aruba N.V. (hierna: "Guardian Group") als verzekeraar (financiële dienstverlener) verplicht om uw identiteit te kunnen verifiëren. Zo kunnen wij nagaan of de door u opgegeven identiteit overeenkomt met uw werkelijk aan ons getoonde identiteit.

Het voorgaande betekent dat Guardian Group aan u, als particuliere dan wel zakelijke klant, zal vragen om u zich te identificeren middels een geldig identiteitsbewijs/originele documenten, voordat wij uiteindelijk u een dienst kunnen verlenen of een zakenrelatie met u kunnen aan gaan.

Guardian Group zal vervolgens duidelijke (kleuren) kopie(ën) maken van uw geldig identiteitsbewijs/originele documenten en deze kopie(ën) door u zelf laten voorzien van uw handtekening en datum van ondertekening. Deze kopie(ën) wordt(en) geacht integraal onderdeel uit te maken van uw verzoek en zal (zullen) tezamen met dit formulier worden bewaard in het dossier bij Guardian Group.

Persoonsgegevens zullen door ons worden opgeslagen in de klantenadministratie van Guardian Group. De verschillende toezichthouders zullen erop toezien, dat Guardian Group als verzekeraar en financiële dienstverlener haar wettelijke verplichtingen rondom het vaststellen en verifiëren van uw identiteit en indien (wettelijk) vereist verstrekken van persoonsgegevens aan derden, correct en zorgvuldig zal nakomen en uitvoeren.

Onderstaand schema, welke van toepassing, invullen door medewerker van Guardian Group of een tussenpersoon van Guardian Group:

Geldige identiteitsbewijzen bij natuurlijke personen en/of bestuurder rechtspersoon*	Verzekeringnemer		Verzekerde		Premiebetaler		Begunstigde	
	Nummer		Nummer		Nummer		Nummer	
Identiteitskaart (sédula) of vervaldatum:								
Rijbewijs of vervaldatum:								
Paspoort vervaldatum:								

(*) Een kopie van een (verlopen) identiteitskaart (sédula), rijbewijs of paspoort wordt niet geaccepteerd als een geldig identiteitsbewijs.

Originele documenten bij rechtspersonen	Verzekeringnemer		Verzekerde		Premiebetaler		Begunstigde	
	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document
a) Uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel** en onder andere b en c:								
b) Statuten en								
c) Aandeelhoudersregister								

(**) Een kopie van een uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel en/of ouder dan zes (6) maanden wordt niet geaccepteerd als een origineel document.

Type adresverificatie:

(***) Een kopie van de type adresverificatie ouder dan 3 maanden wordt niet geaccepteerd.

In te vullen door een medewerker van Guardian Group of een tussenpersoon van Guardian Group:

Hierbij verklaar ik _____ (Naam en voornamen (voluit) van _____), dat ik het (de) originele en geldige identiteitsbewijs/originele documenten, welke ik in bovenstaande schema('s) heb vermeld, heb aangenomen en hiervan een duidelijke (kleuren) kopie(ën) heb gemaakt welke geacht wordt (worden) integraal onderdeel uit te maken van het verzoek van de klant en zal (zullen) door mij worden toegevoegd aan het dossier van Guardian Group.

Land :

Datum :

Handtekening :

ARUBA

L.G. Smith Boulevard 162
Postbus 510
Aruba
Tel.: (297) 582 1111
Fax: (297) 582 6138

BONAIRE

Kaya Gobernador N. Debrot 35
Postbus 152
Bonaire
Tel.: (599) 717 8811
Fax: (599) 717 5222

CURAÇAO

Cas Coraweg 2
Postbus 3002
Curaçao
Tel.: (599-9) 777 7100
Fax: (599-9) 736 6333

SINT MAARTEN

A.J.C. Brouwers Road 6
Postbus 201
Sint Maarten
Tel.: (1-721) 542 2248
Fax: (1-721) 542 3127