

## Gezondheidsverklaring Mediflex

Tussenpersoon: .....

Polisnummer: .....

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

<p><b>1. Verzekerde</b></p> <p>a. Naam en voornamen (<i>voluit</i>)</p> <p>b. Incassoadres</p> <p>c. Woonplaats</p> <p>d. Telefoonnummer</p> <p>e. Geboortedatum</p> <p>f. Geslacht</p> <p>g. Lichaamslengte:                      Lichaamsgewicht:</p> <p>h. Identiteitsnummer</p> <p>i. E-mail</p>	<p><b>1.</b></p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p> <p>d. ....</p> <p>e. ....</p> <p>f.                      <input type="checkbox"/> man                      <input type="checkbox"/> vrouw</p> <p>h. ....</p> <p>i. ....</p>
<p><b>2. Klasseverhoging/bijsluitingsmogelijkheden.</b></p> <p>Gaarne aankruisen welke rubriek verlangd wordt en de ingangsdatum aangeven.</p> <p><input type="checkbox"/> Verhoging van klasse    naar klasse</p> <p><input type="checkbox"/> Toevoegen van brillenglazen en contactlenzen</p> <p><input type="checkbox"/> Toevoegen van tandarts; (recente saneringsverklaring overleggen)</p> <p><input type="checkbox"/> Toevoegen van alternatieve geneeswijzen</p>	<p><b>2.</b></p> <p>Ingangsdatum: .....</p> <p>Ingangsdatum: .....</p> <p>Ingangsdatum: .....</p> <p>Ingangsdatum: .....</p>
<p><b>3. Gezondheidsvragen</b></p> <p>Hebt u momenteel klachten met betrekking tot uw gezondheid?</p> <p>Zo ja, gaarne toelichten</p>	<p><b>3.</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>.....</p>
<p><b>4. Gezondheidsvragen</b></p> <p>Lijdt u momenteel aan één of meer van de hieronder genoemde ziekten?</p> <p>a. Zenuw- of geestesziekten, overspanning, zware hoofdpijn, migraine e.d.</p> <p>b. Hooikoorts of andere overgevoeligheidsziekten</p> <p>c. Oogziekten, oorziekten</p> <p>d. Eczeem, psoriasis of andere huidziekten</p> <p>e. Aandoeningen van de rug, zoals hernia, ischias of spit</p> <p>f. Zenuwontstekingen</p> <p>g. Ziekten van bewegingsorganen, slijtage van gewrichten, aandoening van spieren, schouder- of nekklachten (w.o. reumatische)</p> <p>h. Spataderen, 'open been' of trombose</p> <p>i. Ziekten van de longen of van de luchtwegen w.o. astma, pleuritis, bronchitis enz.</p> <p>j. Ziekten van hart en/of bloedvaten (hoge bloeddruk)</p> <p>k. Verhoogde cholesterol, jicht, suikerziekte (diabetes)</p> <p>l. Schildklier-aandoeningen</p> <p>m. Aandoeningen van de maag, darmen, galblaas en lever</p> <p>n. Aandoeningen van de onderbuis, nieren, urinewegen, blaas en geslachtsorganen</p> <p>o. Andere hier niet genoemde ziekten/ongevallen</p>	<p><b>4.</b></p> <p>(Onderaan de volgende pagina is ruimte beschikbaar om eventueel een toelichting te geven.)</p> <p>a.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>b.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>c.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>d.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>e.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>f.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>g.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>h.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>i.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>j.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>k.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>l.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>m.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>n.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p> <p>o.                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nee</p>

**5. Alleen voor vrouwen**

Bent u zwanger?

**5.**

ja

nee

**Ruimte voor toelichting vraag 4:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot de gezondheid te hebben verzwegen. Het is ondergetekende bekend, dat wanneer mocht blijken dat gegevens onjuist of onwaar zijn, of dat iets is verzwegen, dit kan leiden tot verval of wijziging van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst.

Datum:

Handtekening verzekerde:

.....

.....

**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	Vervaldatum	Nummer	Vervaldatum	Nummer	Vervaldatum	Nummer	Vervaldatum
Identiteitskaart (sédula) of								
Rijbewijs of								
Paspoort								

(\*) 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:	Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee	
b) Statuten en	Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee	
c) Aandeelhoudersregister	Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee		Ja/nee	

(\*\*) 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.

(Ja/nee) Doorhalen wat niet van toepassing is.

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

Hierbij verklaar ik .....  
 (Naam en voornamen (voluit) van medewerker van Guardian Group of tussenpersoon van Guardian Group\*\*\*), 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 : .....

(\*\*\*) Doorhalen wat niet van toepassing is.

**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