

Beknopte gezondheidsverklaring t.b.v deelnemers A.C.U.

(in te vullen alle aanvragen en verhogingen)

Lid nr.

Datum verstrekking lening

Voorlopige datum lening

Saldo aandelen : Ang.....

Te verzekeren bedrag : Ang.....

Totale verstrektelening (en) : Ang.....

Naam aanvrager :

Telefoonnummer(s) :

E-mail adres :

Geboorte datum :

Geslacht : Man Vrouw

Lengte in Cm, gewicht in Kg. : Cm. Kg.

Naam van de huisarts :

	Neen	Ja, welke, sinds wanneer?
Heeft u klachten m.b.t. uw gezondheid?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt u aan een of andere ziekte?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondervindt u daar nog hinder van?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u Zwanger? (alleen voor vrouwen)	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van gynaecologische aandoeningen? (alleen voor vrouwen)	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Neen	Ja, waneer, waarvoor, welke, wat was het resultaat?
Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis? Wanneer, hoeveel dagen?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een specialist geraadpleegd?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw bloed wel eens onderzocht?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u HIV seropositief ?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Neen	Ja, waarvoor, welke, hoeveel?
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, vul de naam(en) in.	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft een verzekeraar u ooit een verzekering geweigerd of tegen andere voorwaarden willen aanvaarden?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er nog omstandigheden die van belang kunnen zijn voor het accepteren van deze verzekering?	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord. Hij/ zij is zich er van bewust dat een later blijkende onjuistheid of onvolledigheid of onvolledigheid in deze verklaring kan leiden tot verval of wijziging van rechten uit de verzekeringsovereenkomst. Ondergetekende verklaart geen bezwaar te hebben dat de medisch adviseur van ASKA Verzekering terzake de gezondheidsverklaring inlichtingen inwint bij zijn/haar huisarts.

Willemstad Handtekening