

SZF-nr :

Naam bedrijf :

Rolnummer :

In -/ bijschrijving: Personen Bedrijven

Stempel en handtekening
van het bedrijf

Gegevens van de aanvrager/vertegenwoordiger:

(in te vullen bij minderjarigen/bijzondere gevallen)

Naam :

Voornaam (voluit) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

ID-nummer/Paspoortnummer :

Telefoon (verplicht) : Mobiel Huistelefoon Werk

Relatie tot de te verzekeren persoon:

Te verzekeren persoon:

Naam :

Voornaam (voluit) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

ID-nummer/Paspoortnummer :

Produktkeuze : SZF Standaard SZF Platinum

Burgerlijke staat : Ongehuwd Gehuwd Gescheiden
 Weduwe/Weduwenaar Concubinaat

Gehuwde naam :

Woonadres (straat/buurt/district) :

Telefoon : Mobiel Huistelefoon Werk

E-mailadres :

Was u eerder al verzekerd? : Nee Ja, waar? SZF BaZo- of BZV- verzekering

Particulier : PZS AZPAS Parsasco Andere

Per welke datum wenst u de verzekering te laten ingaan?

Aanvullende verzekering

Wenst u een tandartsverzekering? Ja Nee Welk pakket? Pakket B Pakket C

Naam van de tandarts:

Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen?

Nr	Invullen/aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
1.	Lengte in cm: <input type="text"/> Gewicht in kg: <input type="text"/>		
2.	Ziekten/afwijkingen van de hersenen/ ruggenmerg zoals:		
	• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Doorgemaakt herseninfarct/ bloeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Oogziekten zoals:		
	• Cataract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Glaucoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ziekten/afwijkingen van de oren/neus/ mond/keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ziekten/afwijkingen van de ademhalingswegen zoals:		
	• Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Bezetting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ziekten/afwijkingen van de bloedsomloop zoals:		
	• Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Spataderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Doorgemaakte hartinfarct/hartklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• "Lage Sahli" (bloedarmoede)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Verhoogde bloedingsneiging of trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ziekten/afwijkingen van het maag/ darmkanaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ziekten/afwijkingen van botten, gewrichten, spieren, onderhuids weefsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ziekten/afwijkingen van het hormonale systeem zoals:		
	• Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Gebruikt u hierbij insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Schildklierandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ziekten afwijkingen van lever/galblaas/ milt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ziekten/afwijkingen van de nieren en urinewegen zoals:		
	• Prostaatklasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Blaasklasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Slechte/verminderde nierfunctie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ziekten/afwijkingen van de mannelijke/ vrouwelijke geslachtsorganen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ziekten/afwijkingen van de bloedvormende organen zoals:		
	• Sikkcelcellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Thalassemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ziekten/afwijkingen van de huid zoals:		
	• Eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Psychische of psychiatrische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Kanker of gezwellen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Welke soort/lichaamsdeel? <input type="text"/>		
	• Krijgt u hiervoor chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Invullen/aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
18.	Heeft u nu andere ziekten of klachten welke niet eerder zijn genoemd? • Zo ja, welke? <input type="text"/> • Bent u hiervoor onder medische behandeling? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Rookt u? • Zo ja, hoelang? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Alcohol- of drugsgebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Wordt u gedialyseerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Bent u in de afgelopen 5 jaren geopereerd of opgenomen? • Naam specialist(en): <input type="text"/> • Wanneer: <input type="text"/> • Reden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Wordt u binnenkort in het ziekenhuis geopereerd of opgenomen? • Reden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Gebruikt u geneesmiddelen? • Zo ja, Welke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Bij welke arts(en)/specialist(en) bent u onder behandeling? • Zo ja, naam arts/specialist <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien zwanger (Invullen/aankruisen wat van toepassing is)			
26.	Laatste menstruatie (datum): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Regelmatig <input type="checkbox"/> Onregelmatig		
27.	Hoeveelste zwangerschap (incl. abortussen en miskramen)?: <input type="text"/>		
28.	Hoe zijn de vorige zwangerschappen verlopen? <input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Gecompliceerd		
29.	Is reeds een zwangerschapsecho bij u gemaakt? • Wanneer: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Waar gaat u bevallen? <input type="checkbox"/> Thuis <input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> Polikliniek		
31.	Huidige klachten tijdens de zwangerschap: <input type="checkbox"/> Misselijkheid <input type="checkbox"/> Braken <input type="checkbox"/> Suikerziekte <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Schildklierafwijking		
32.	Is het kind een meerling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij kinderen jonger dan 24 maanden (Invullen/aankruisen wat van toepassing is)			
33.	Is het kind in het ziekenhuis opgenomen? • Zo ja, welk ziekenhuis? <input type="text"/> • Naam kinderarts: <input type="text"/> • Reden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toestemmingsverklaring

1. Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en niets te hebben verzwegen wat voor het aangaan van de verzekering van belang is.
2. Art 320 W.v.K: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.
3. Ingeval er van het voorgaande sprake is c.q. zal blijken houdt het SZF zich het recht voor om alle gemaakte kosten en uitgaven te verhalen op de verzekerde c.q. verzekeringnemer met verhoging van het te vorderen bedrag met een administratieve boete van 10% en vermeerderd met de kosten van verhaal waaronder ook begrepen zal zijn de eventueel bijkomende gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, alles waarvoor de verzekerde c.q. verzekeringnemer nu voor alsdan aansprakelijk wordt gesteld.
4. Indien tijdens de aanvraagprocedure uw gezondheidstoestand wijzigt, dient u dit door te geven aan de Medische Dienst van de Stichting Staatsziekenfonds.
5. Tevens machtigt ondergetekende de behandelende arts(en) gewenste inlichtingen te verstrekken aan de medische controle dienst.
6. Ondergetekende gaat akkoord met de Voorwaarden en Voorzieningen.

(Bij inschrijving van minderjarigen: de handtekening van de ouder/ verzorger of vertegenwoordiger)

Naam : Handtekening :
ID-nr/Paspoort-nr : Datum :

DOOR SZF IN TE VULLEN (Medische Dienst):

Advies Medische Dienst Categorie : Datum:

Opmerking : (door de arts Medische Dienst in te vullen)

In te vullen door een SZF-medewerker

Datum van indiening: Naam/Paraaf Medewerker:

Gecontroleerd door	Naam	Datum	Paraaf	
			Goedgekeurd	Afgekeurd
Sectiechef				
Afdelingshoofd/subhoofd				

Ingangsdatum :

Bijzonderheden:

Te betalen premie (per maand) : **SRD**

- Checklist :
- Medische informatie
 - ID-kaart / Paspoort en PSA document
 - Familieboek
 - Zwangerschapsverklaring (leeftijd 15 t/m 45)
 - Geldige verblijfsvergunning
 - Borgstelling

Overige,