



Aevitae

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Medisch vragenformulier t.b.v. aanvullende verzekeringen

Gegevens verzekeringnemer:

Achternaam verzekeringnemer:

Voorletters:

Woonadres:

Postcode en woonplaats:

Overeenkomstnummer:

Aanvraag/wijziging aanvullende verzekering¹

Aevitae Plus Pakket

Aevitae Top Pakket²

Aevitae Vip Pakket²

¹ voor alle gezinsleden dient dezelfde verzekering te worden aangevraagd

² voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering dient het medisch vragenformulier volledig te worden ingevuld.

1 Genieten alle te verzekeren personen een goede gezondheid?

Ja

Nee,

Indien nee, gezinslid:

Lijdt aan

Is onder behandeling van

2 Verwacht één van de te verzekeren personen binnen 1 jaar behandelingen fysiotherapie?

Ja

Nee

Zo ja, gezinslid:

3 Verwacht één van de te verzekeren personen binnen 2 jaar een tandheerkundige behandeling i.v.m. orthodontie?

Ja

Nee

Zo ja, gezinslid:

4 Verwacht één van de te verzekeren personen binnen 1 jaar behandelingen voor alternatieve geneeswijze?

Ja

Nee

Zo ja, gezinslid:

Soort behandeling:

vervolg z.o.z.

5 Gebruikt één van de te verzekeren personen op dit moment (alternatieve) geneesmiddelen?

- Ja
 Geen

Zo ja, gezinslid:

Soort geneesmiddel:

6 Heeft één van de te verzekeren personen een bril of contactlenzen en wordt er binnen 1 jaar de aanschaf van een nieuwe bril of contactlenzen verwacht?

- Ja
 Nee

Zo ja, gezinslid:

7 Verwacht één van de te verzekeren personen binnen 1 jaar een aanschaf van een hulpmiddel?

- Ja
 Geen

Zo ja, gezinslid:

Soort hulpmiddel:

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld en kennis heb genomen van de voorwaarden. Ik weet dat een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien ik met opzet tot misleiden van Aevitae heb gehandeld, heeft Aevitae het recht de verzekering op te zeggen.

Datum:

Handtekening verzekeringnemer: