



## Clausules

*Eventuele uitbreidingen :*

Moto (*geen competitie*) : cilinderinhoud                      cc

Andere (*omschrijving of gepaste vragenlijst invullen*) :

Perekwatie                       Optie huwelijk (*enkel bij Junior Invest*)

## Begunstigden

Begunstigden (*het nummer van uw keuze aanduiden*) :

Voor het kapitaal Leven :                      nr.    bij gebreke nr.    bij gebreke nr.

Voor het kapitaal Overlijden :                      nr.    bij gebreke nr.    bij gebreke nr.    bij gebreke nr.

*Bepaling van de nummering :*

1 de verzekeringnemer (0049)

2 de verzekerde (0059)

3 de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde op de dag van het overlijden (0051)

4 de kinderen van de verzekerde per gelijke delen (0074)

5 de broers en zusters van de verzekerde per gelijke delen (0054)

6 de ouders van de verzekeringnemer (0057)

7 de wettelijke erfgenamen van de verzekeringnemer (0060)

8

## Overdracht van begunstiging bij terugbetaling van een lening

Het contract wordt onderschreven voor terugbetaling of wedersamenstelling van een lening (K.B. Leven, artikel 4, § 2).

Naam en adres van de lener :

(*eventueel dossiernummer*) :

## Fiscaliteit

Geen     Lange Termijnsparen     Pensioensparen     Bedrijfsleidersverzekering

## Verklaring van de te verzekeren persoon

Bent u houder of houder geweest van een levensverzekering of een verzekering voor invaliditeitsrente ?  ja     neen

**Zo ja**, bij welke maatschappij ?

Voor welk kapitaal Overlijden ?

Voor welke rente ?

Indien de verzekering werd beëindigd, wanneer ?

Reden ?

---

Hebt u de bedoeling voor beroepsdoeleinden naar het buitenland te gaan voor langer dan 3 maanden ?  ja     neen

**Zo ja**, naar welk(e) land(en) en voor hoelang ?

Gewicht :                      kg                      Grootte :                      cm

---

Kent u uw bloeddruk ?  ja     neen

**Zo ja**, hoeveel bedraagt deze ? Max :                      Min :

---

Oefent u gevaarlijke beroepsactiviteiten en/of beroepsactiviteiten op een hoogte van meer dan 4 meter uit ?  ja     neen

**Zo ja**, welke ?

---

Doet u aan sport ?  ja     neen

**Zo ja**, welke takken ?                      Met competitie ?  ja     neen

Rookte u gedurende de afgelopen 12 maanden ?  ja     neen

**Zo ja**, aantal sigaretten /dag ?                      sigaren ?                      pijpen ?

Naam en adres van uw huisarts :

De te verzekeren persoon verklaart :

1. in goede gezondheid te verkeren en bekwaam te zijn zonder beperkingen te werken;
2. voor zover hem/haar bekend, niet te lijden aan een gebrek, een aandoening, de gevolgen van een ongeval of een ziekte van welke aard ook;
3. geen test te hebben ondergaan tot opsporing van het HIV en/of hepatitis B- of C-virus die in een positief resultaat had (t.t.z. infectie);
4. niet in behandeling te zijn, niet onder medische toezicht te staan (behoudens preventieve en arbeidsgeneeskunde), niet gehospitaliseerd te zijn geweest (behoudens normale bevalling), geen heelkundige ingreep te hebben ondergaan (behoudens wegname van amandelen en poliepen, appendix of wijsheidstanden) en er geen behandeling, ingreep of opname gepland is;
5. gedurende de laatste 5 jaar niet totaal og gedeeltelijk werkongeschikt geweest te zijn of tijdens deze periode geen behandeling van langer dan 3 opeenvolgende weken te hebben gehad (buiten de gevolgen van een zwangerschap of bevalling of de inname van anti-conceptie);
6. voor het aangaan van een levens-, invaliditeits- of hospitalisatieverzekering nooit geweigerd, uitgesteld of tegen bijzondere voorwaarden (uitsluiting of bijpremie) aanvaard te zijn ten gevolge van zijn/haar gezondheidstoestand of medische voorgeschiedenis;
7. dat hem/haar geen andere elementen (ook van niet medische aard) die invloed zouden kunnen uitoefenen op het risico waaraan de maatschappij blootgesteld wordt ingevolge de toe te kennen waarborgen, bekend zijn.

De te verzekeren persoon  bevestigt deze verklaring

bevestigt deze verklaring niet en vult onderstaande "Medische Vragenlijst" in.

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Handtekening van de te verzekeren persoon :

(voorafgegaan door de vermelding "Gelezen en goedgekeurd")

*De aanvaarding van het contract gebeurt op basis van deze verklaring. Om eventuele betwistingen te vermijden, is het zeer belangrijk dat de te verzekeren persoon alle vragen volledig en waarheidsgetrouw beantwoordt. Elke valse verklaring of verwijziging kan de nietigverklaring van het contract tot gevolg hebben (Wet op de Landsverzekeringsovereenkomsten - 1992).*

## Verklaring van de verzekeringnemer

Hebt u de bedoeling een levensverzekering met dezelfde verzekerde op te zeggen, te reduceren of af te kopen ?

ja  neen. **Zo ja**, reden :

Bent u in onderhandeling met een andere maatschappij met de bedoeling een levensverzekering of een rente te onderschrijven ?  ja  neen

Voor welk kapitaal overlijden :

Voor welke rente :

De verzekeringnemer verklaart kennis genomen te hebben van de teksten gedrukt op bladzijden 5 en 6.

De verzekeringnemer verklaart zich akkoord met de voorgaande paragrafen.

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Handtekening van de verzekeringnemer :

Machtiging voor minderjarige :

(voorafgegaan door de vermelding "Gelezen en goedgekeurd")

## Medische vragenlijst

**Belangrijke opmerking :** Wij vestigen de aandacht van de te verzekeren persoon op het belang van onderhavige verklaringen die dienen als grondslag voor het contract. Wij verzoeken u een volledig antwoord te verstrekken op elke vraag.

Familiaal	Huidige leeftijd	Leeftijd bij overlijden	Gezondheidstoestand oorzaak overlijden	Kent u in uw familie gevallen van suikerziekte, Hypertensie, zenuw- of geestesziekte, zelfmoord, hartaandoeningen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <b>Zo ja</b> , specificeer :
Vader				
Moeder				
Broers				
Zusters				

### Algemene inlichtingen :

- Wat is uw dagelijks verbruik van (*aantal glazen*) : Bier :      Wijn :      Alcohol :  
2. Is uw gewicht de laatste 5 jaar gewijzigd ?  Ja  Neen      **Zo ja**, +      kg –      kg  
Reden :
- Rookt u ?  Ja  Neen      Dagelijks verbruik :
- Bent u gestopt met roken ?  Ja  Neen      Hoelang al :
- Gebruikt u, of hebt u drugs of verdovende middelen gebruikt, ook sporadisch ?  Ja  Neen      Welke ?  
Wanneer gestopt :
- Voor personen van het vrouwelijke geslacht :  
Bent u zwanger ?  Ja  Neen      Hoeveel maanden :  
Verloopt de zwangerschap normaal ?  Ja  Neen      **Zo neen**, reden :
- Voor personen van het mannelijke geslacht :  
Bent u ongeschikt verklaard voor legerdienst ?  Ja  Neen      Waarom :

### Medische gegevens :

- Lijdt of leed u aan één of meer van de volgende aandoeningen :
  - ziekten van het zenuwstelsel, in het bijzonder stuiptrekkingen, verlamming, flauwvallen, gezichtsstoornissen, gevoelsstoornissen, andere ...  Ja  Neen
  - ziekten van het ademhalingsstelsel, in het bijzonder tuberculose, pleuritis, bronchitis, astma, ...  Ja  Neen
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel, in het bijzonder : maag-, darm- of slokdarmzweer, maag- of darmbloeding, diarree, constipatie, aandoening van lever of galblaas (stenen), geelzucht (hepatitis), ...  Ja  Neen
  - ziekten van de bloedsomloop, in het bijzonder : hartziekten, pijn in de borst, infarct, bloeddrukstoornissen, arteriosclerose, aderontsteking, oedeem, spataders, ...  Ja  Neen
  - ziekten van de urinewegen en de geslachtsorganen, in het bijzonder moeilijk of pijnlijk plassen, prostaatontsteking, bloed in de urine, nierstenen, ...  Ja  Neen
  - ziekten van de ogen, oren, neus, strottenhoofd, mond, ...  Ja  Neen
  - huidziekten, in het bijzonder eczeem, allergie, herpes, psoriasis, ...  Ja  Neen
  - stofwisselingsziekten, in het bijzonder jicht, diabetes, vetzucht, aandoeningen van de schildklier (rapport geneesheer bijvoegen), ...  Ja  Neen
  - aandoeningen van de lymfeklieren, de milt, ...  Ja  Neen
  - bloedziekten, met name anemie, leukemie, ...  Ja  Neen
  - beender- of gewrichtsziekten, in het bijzonder reuma, infecties, pijnlijke of gezwollen gewrichten, discushernia, rugklachten, ischias, artrose, ...  Ja  Neen
  - gynecologische aandoeningen of aandoeningen van de borsten, ...  Ja  Neen
  - psychiatrische aandoeningen of psychische problemen, zoals depressie, stress, angst, zelfmoordpoging, ...  Ja  Neen
- Lijdt of leed u aan andere aandoeningen, kwalen of invaliditeiten ?  Ja  Neen
- Bent u invalide ?  Ja  Neen  
Reden, graad, sinds wanneer ?

**Indien u JA antwoordde op een van de vragen 8 tot 10, gelieve hier aan te duiden aan welke aandoening u leed, wanneer, de behandeling, de huidige toestand, de gevolgen, enz... en de eventuele medische verslagen bij te voegen.**

**Behandelingen :**

 11. Gebruikt u geneesmiddelen ?  Ja  Neen Zo ja, waarom en wanneer ?

 spontaan

 op medisch voorschrift

Welke :

 12. Hebt u de laatste 5 jaren geneesmiddelen gebruikt ?  Ja  Neen Zo ja, waarom en wanneer ?

Welke :

13. Raadpleegde u de laatste 5 jaren een huisarts of specialist ?

 Ja  Neen

14. Onderging u reeds een radio- of chemotherapie ?

 Ja  Neen

15. Kreeg u in de laatste 5 jaren een bloedtransfusie ?

 Ja  Neen

16. Was u het slachtoffer van een ongeval ?

 Ja  Neen

nauwkeurige omschrijving :

17. Moet u binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden, een heelkundige ingreep ondergaan of een handeling volgen ?

 Ja  Neen

18. Onderging u tijdens de laatste 5 jaren :

a. een electrocardiogram ?

 Ja  Neen

b. een radiografie ?

 Ja  Neen

c. een bloedonderzoek ?

 Ja  Neen

d. een urineonderzoek ?

 Ja  Neen

e. een PSA-test (prostaat specifiek antigeen) ?

 Ja  Neen

f. andere onderzoeken (electro-encefalogram, scanner, scintigrafie, arteriografie, ...)

 Ja  Neen

**Indien U JA antwoordde op de vragen 13. tot 18f., gelieve hier de reden, wanneer, het resultaat, de gevolgen, enz... aan te duiden.**
**Werkonbekwaamheid :**

 19. Bent u momenteel werkonbekwaam ?  Ja  Neen  totaal  gedeeltelijk %

sinds :

reden :

20. Bent u in de loop van de laatste 5 jaren gedurende meer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk werkonbekwaam geweest ?

 Ja  Neen

21. Bent u om gezondheidsredenen van beroep veranderen ?

 Ja  Neen

22. Hebt u nog iets mede te delen wat uw gezondheidstoestand betreft ?

 Ja  Neen

**Indien U JA antwoordde op de vragen 20 tot 22, gelieve hier de reden, wanneer, het resultaat, de gevolgen, enz... aan te duiden.**

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

*Handtekening van de te verzekerden persoon :*
*(voorafgegaan door de vermelding "Gelezen en goedgekeurd")*
*De verzekerde verklaart kennis te hebben genomen van de teksten gedrukt hieronder en op bladzijde ....*
**Commentaar**

## Wettelijke bepalingen

Dit document is een voorstel van levensverzekering. Noch de verzekeringsonderneming, noch de kandidaat-verzekeringnemer zijn door dit voorstel verplicht het contract te tekenen. Indien de maatschappij binnen 30 dagen na ontvangst de kandidaat-verzekeringnemer niet in kennis gesteld heeft van een verzekeringsaanbod, van de onderschikking van de verzekering aan een aangevraagde enquête, van de weigering van verzekering, verbindt zij er zich toe de verzekering af te sluiten, op straffe van schadevergoeding.

Er mag voor de levensverzekering of voor een aanvullende verzekering geen enkele premie of welke andere som ook, zelfs niet voorlopig, gevorderd worden vóór de onderschrijving van het contract. Kachtens artikel 5 van het K.B. betreffende de levensverzekeringsactiviteit van 17 december 1992 en artikel 8 van de algemene voorwaarden van de individuele levensverzekering, zal AGF Belgium Insurance n.v. de kosten voor het ondergane medisch onderzoek terugvorderen van de kandidaat-verzekeringnemer als deze het contract of het aanhangsel van verhoging niet onderschrijft of het contract opzegt binnen 30 dagen te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan.

***Opzegging, reductie of afkoop van een lopende levensverzekering met het oog op het onderschrijven van een andere levensverzekering, is doorgaans nadelig voor de verzekeringnemer.***

## Belangrijk

Bij onderhavig voorstel moeten noodzakelijk volgende documenten gevoegd worden :

- voor natuurlijke personen : een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringnemer,
- voor de rechtspersonen : een kopie van de statuten of van de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad alsook een kopie van de identiteitskaart van de persoon die bevoegd is om de rechtspersoon te verbinden.

## Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan de vennootschappen van AGF Belgium Holding (Allianz Group) worden medegedeeld, dienen uitsluitend voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, beheer en uitvoering van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen.

De betrokkene kan aanvullende inlichtingen krijgen bij het Openbaar Register dat bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt bijgehouden (registratienummer : 00289119).

Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen.

Om dat recht uit te oefenen dient de belanghebbende een gedagtekend en ondertekend verzoek in bij de dienst:

**Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, AGF Belgium Holding N.V.**, Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.

Een bedrag van 3 EUR moet worden gestort op de rekening 961-1864847-17 (met als mededeling "Persoonlijke levenssfeer" + de naam en voornamen van de betrokken persoon).

Deze persoon is verder gerechtigd alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.

Met het oog op een vlot beheer van het contract en van elk schadedossier en enkel daartoe, geeft de verzekerde zijn bijzondere toestemming voor het verwerken van de medische persoonsgegevens.

De verzekerde aanvaardt uitdrukkelijk dat de tussenpersoon-beheerder en de verzekeringnemer kennis krijgen van de inhoud van het contract en van zijn uitsluitingsclausules.

## Controle der verzekeringen

Het Belgisch recht is op de verzekeringsovereenkomst van toepassing. Elke klacht over de overeenkomst kan worden gericht aan de Controledienst voor de Verzekeringen, Kortenberglaan 61, 1040 Brussel, onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

## Waarschuwing

Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

### AGF Belgium Insurance n.v.

Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0097  
(K.B. van 4 juli 1979 – K.B. van 19 mei 1995, B.S. van 16 juni 1995)

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL : Lakensestraat 35 – 1000 Brussel – België

BEDRIJFSZETELS           Lakensestraat 35 - 1000 Brussel - België - Tel. 02/214.61.11 - Fax 02/214.62.74  
                                  Borzestraat 10 - 2000 Antwerpen - België - Tel. 03/222.55.11 - Fax 03/225.31.40