

Graag dit formulier volledig en in drukletters invullen, ondertekenen en de bewijsstukken meesturen (een kopie van het paspoort van de aanvrager is hierbij verplicht!). Onvolledige aanvragen kunnen helaas niet worden verwerkt. Stuur dit formulier samen met alle bewijsstukken naar:

expatplus® | P.O. Box 69 | 2140 Antwerpen | België
info@expatplus.com | F + 32 3 663 73 14

Erkend expatplus® agent:

--	--

1. Gegevens aanvrager

Naam	Voornaam	
Titel	Geboortedatum (d - m - j)	/ /
Burgerlijke staat	Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Beroep		
Nationaliteit	Nr. identiteitskaart (gelieve een kopie mee te sturen)	
Telefoonnr. privé	Telefoonnr. werk	
GSM nr.	Fax	
E-mailadres (verplicht)	E-mailadres werk	

Thuisland

Adres		
Postcode	Plaats	Land

Gastland

Adres		
Postcode	Plaats	Land

2. Gegevens bedrijf (indien van toepassing)

Naam bedrijf		
Adres		
Postcode	Plaats	Land

3. Gegevens van alle te verzekeren personen

Vul onderstaande gegevens in voor personen die u wenst te verzekeren onder deze polis. De te verzekeren personen kunnen uw partner of kinderen ten laste jonger dan 28 jaar zijn.

Naam	Voornaam	Relatie	Geslacht	Geboortedatum (d - m - j)
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	/ /

4. Uw expatplus® verzekering

Basisverzekering

Aanvangsdatum (d-m-j)			
Verzekeringsgebied	<input type="checkbox"/> Wereldwijd	<input type="checkbox"/> Wereldwijd exclusief VS & Canada	
Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Globe	<input type="checkbox"/> Orbit	<input type="checkbox"/> Universe
Eigen Risico	<input type="checkbox"/> € 0 / £ 0 / \$ 0 / CHF 0 <input type="checkbox"/> € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 (enkel van toepassing op Globe en Orbit) <input type="checkbox"/> € 300 / £ 200 / \$ 375 / CHF 450 <input type="checkbox"/> € 500 / £ 325 / \$ 625 / CHF 750 (enkel van toepassing op Universe) <input type="checkbox"/> € 1,000 / £ 650 / \$ 1,250 / CHF 1,500 (enkel van toepassing op Universe)		

Aanvullende Verzekeringen

Tandverzorging	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Comprehensive					
	Polishouder	Partner	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Levensverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Te verzekeren kapitaal van (€ / £ / \$ / CHF)				
Overlijden en Invaliditeit t.g.v. Ongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Te verzekeren kapitaal van (€ / £ / \$ / CHF)				
Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Maandelijks vervangingsinkomen van (€ / £ / \$ / CHF)				
Blijvende Arbeidsongeschiktheid ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Maandelijks vervangingsinkomen van (€ / £ / \$ / CHF)				
Reisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afrekeningnota's

Taalkeuze online afrekeningnota's EN FR DE NL ES IT

1 De Aanvullende Verzekeringen kunnen alleen onderschreven worden als aanvulling op de Basisverzekering. Zij worden niet afzonderlijk aangeboden.
 2 De Aanvullende Verzekering Tandverzorging kan enkel afgesloten worden voor de hele familie en de minimum duurtijd is 1 jaar (tenzij het contract wordt stopgezet).
 3 Bij overlijden ontvangen de begunstigde het verzekerde kapitaal met een minimum van € 50.000 / \$ 32.500 / CHF 75.000 en een maximumbedrag van € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000 / CHF 750.000.
 4 Uw uitkering kan maximaal oplopen tot € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500 / CHF 15.000 en bedraagt minimaal € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500. U kunt maximaal 80% van uw huidige brutomaandloon verzekeren.
 5 De Aanvullende Verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel in combinatie met de verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid afgesloten worden.

5. Begunstigden bij overlijden (enkel in te vullen indien u Overlijden en Invaliditeit t.g.v. Ongeval en/of Levensverzekering afsluit)

Ik verklaar dat in het geval van overlijden, elke schadevergoeding waarop ik krachtens de expatplus® verzekering recht heb aan de vermelde personen hieronder of, bij gebrek hieraan, aan mijn wettelijke erfgenamen zal worden betaald. De benoeming van de begunstigden in geval van overlijden kan slechts door de ondergetekende worden gewijzigd.

Naam	Voornaam	Relatie	Aandeel kapitaal (%)

6. Betalingswijze

Betalingswijze	<input type="checkbox"/> Overschrijving	<input type="checkbox"/> Kredietkaart		
Frequentie	<input type="checkbox"/> Jaarlijks	<input type="checkbox"/> Halfjaarlijks	<input type="checkbox"/> Driemaandelijks	
Munteenheid	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> CHF

7. Slotverklaring

- Ik vraag hierbij dekking aan namens alle personen die in dit aanvraagformulier worden genoemd.
- Ik bevestig dat de antwoorden op bovenstaande vragen naar beste weten, oprecht, naar waarheid en volledig zijn en wanneer de vragen door anderen zijn ingevuld mij ervan te hebben overtuigd dat de antwoorden juist zijn ingevuld.
- Met de ondertekening van dit aanvraagformulier aanvaard ik dat bij de aanvangsdatum deze verzekering onderworpen is aan de polisvoorwaarden. Ook bevestig ik dat ik de volledige definities, de vergoedingen, de uitsluitingen en de voorwaarden van de verzekeringspolis heb gelezen en begrepen.
- Ik bevestig en geef Vanbreda International mijn toestemming de meegedeelde persoonsgegevens, verkregen in dit aanvraagformulier of elders, te verwerken of over te maken aan om het even welke organisatie met het oog op volgende doeleinden: 1) de aanvaarding van risico's en klantenservice 2) de betaling van de vergoedingen 3) prospectie- en promotiedoeleinden van Vanbreda International of ondernemingen die in verbinding staan 4) het beheer van het contract en de schadegevallen.
- Ik aanvaard verder dat waar bedragen voor een periode van meer dan 15 dagen na ontvangst van verwittiging aan Vanbreda International verschuldigd blijven, mijn verzekeringspolis automatisch zal worden opgeschort zonder terugbetaling van premie.

Datum	Handtekening aanvrager
-------	------------------------

Alle vragen moeten volledig en nauwkeurig beantwoord worden voor elke te verzekeren persoon aangegeven op het aanvraagformulier. Indien u 'Ja' hebt aangekruist, dient u bijkomende informatie te geven op de laatste pagina.

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam								
Geboortedatum (d - m - j)								
1. Lengte / Gewicht								
	cm		cm		cm		cm	
	kg		kg		kg		kg	
2. a. Verkeert u in goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Is uw arbeidsgeschiktheid verminderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Bent u gedurende de laatste 5 jaar arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 4 opeenvolgende weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3. Hebt u geleden of lijdt u aan één of meerdere van de volgende aandoeningen:								
a. luchtwegen: astma, aanhoudende of chronische bronchitis, longontsteking, tuberculose, andere longaandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. hart -en vaatziekten: hoge bloeddruk, problemen met de bloedsomloop, infarct, hartkloppingen, hartafwijkingen, beroerte, aderonsteking, spataders, andere hartafwijkingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. zenuwstelsel: epilepsie, misselijkheid, verlamming, zenuwinzinking, depressie of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hebt u al geprobeerd zelfmoord te plegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. spijsvertering: hiatus hernia, maagzweer, zweer aan de twaalfvingerige darm, of maag- of darmproblemen, zoals ontstekingen, bloedingen, aambeien, geelzucht, ziekten aan de lever, galblaas, alvleesklier?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. urogenitaal: nieraandoeningen, urineleider, gal, prostaat, urinekanaal, bloed of albumin in de urine, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. metabolisme of bloed: suikerziekte, melitis, hypercholesterolemie, jicht, schildklier of hormonale storingen, stollingsstoornissen of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
g. immuunsysteem of besmettelijke ziekten: AIDS, HIV, seksueel overgedragen ziekten, hepatitis, tropische ziekten, of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
h. huid: eczema, allergieën, psoriasis, schimmelziekten, huidkanker of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
i. beendergestel, gewrichten of rug: (beenderen, verbindingen, ruggengraat, tussenwervelschijven, spieren, ligamenten, pezen) zoals rugpijn, hals en schouders, artritis, reuma of andere aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
j. zicht: verminderde visuele scherpte of brekingsmogelijkheid, netvliesziekte of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
k. gehoor: gehoorproblemen, ontsteking of andere stoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
l. andere ziekten, stoornissen of problemen niet vermeld hierboven: aangeboren gebreken, misvormingen, tumor, kanker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

	Polishouder		Partner		Kind 1		Kind 2	
Naam								
Geboortedatum (d - m - j)								
4. Bent u al slachtoffer geweest van een ongeval , ziekte of intoxicatie met een ziekenhuisopname of operatie tot gevolg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5. a. Bent u al onderzocht, in behandeling of opgenomen geweest in een ziekenhuis of andere verpleeginstelling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Heeft men u een rustkuur, een dieet, een ontwenningkuur of een andere kuur voorgeschreven of is deze kuur gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Moet u in de komende maanden opgenomen worden in het ziekenhuis of is er een operatie gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Werd u de laatste 5 jaar behandeld door een:								
• psychotherapeut? (bv. psychiater, psycholoog)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
• kinesist of een chiropracticus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Hebt u al geneesmiddelen voorgeschreven gekregen voor een periode van meer dan 4 weken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f. Hebt u al een behandeling met radioactieve stoffen, radio-isotopen ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6. Hebt u de laatste 5 jaar één van volgende onderzoeken ondergaan: röntgenfoto, CT-scan, magnetische resonantie (NMR), echoscopie, echografie, elektrocardiogram, elektroencefalogram, endoscopie of andere onderzoeken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7. Hebt u al een AIDS onderzoek ondergaan met een (mogelijk) positief HIV resultaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8. a. Sport u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Drinkt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d. Neemt u pijnstillers, slaaptabletten, kalmeringsmiddelen of andere geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e. Neemt u of hebt u al verdovende middelen (drugs) genomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9. a. Welke arts hebt u het laatst geraadpleegd?								
b. Hebt u de laatste 5 jaar andere artsen bezocht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Welke arts is het meest vertrouwd met uw medische geschiedenis?								
10. Enkele voor vrouwelijke kandidaten:								
a. Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, verloopt de zwangerschap normaal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b. Hebt u al gynaecologische stoornissen of een borstkwaal gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c. Hebt u een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan of gepland?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

