



Gegevens tussenpersoon:

Agentschapsnr:

Wijziging contractnummer:

Verzekeringnemer:

Aktedatum:

Aanvang van de wijziging:

### Wijziging van het adres:

Toekomstige adresgegevens (vanaf.....)

Straat: .....Nr: .....Bus: .....

Postcode: .....Gemeente: .....

### Wijziging van de hoofdwaarborg:

Type waarborg	<input type="checkbox"/> Schuldsaldo	<input type="checkbox"/> constante annuïteiten - werkelijke rentevoet: <input type="text"/> %
		<input type="checkbox"/> vaste kapitaalsaflossingen
		<input type="checkbox"/> LIKOM - DELTA: .....
		<input type="checkbox"/> andere (aflossingstabel bijvoegen)
<input type="checkbox"/> Constant kapitaal (enkel gewaarborgd tarief gedurende de eerste drie jaar van het contract)		

Terugbetaling van het krediet	<input type="checkbox"/> Maandelijks
	<input type="checkbox"/> Andere: .....
Kapitaal	Te verzekeren bedrag: € (min. € 10.000)
Duurtijd	Opnameperiode*: maanden (max. 60 maanden)
	Duurtijd van het contract: maanden    Totale duurtijd: maanden

\*Dit is de periode waarin het verzekerd kapitaal constant blijft. Deze periode verlengt de hierboven vermelde duurtijd van het contract. Deze faciliteit biedt u de mogelijkheid om bijvoorbeeld in geval van nieuwbouw de periode voorafgaand aan de volledige opname (de periode waarin u alleen rente betaalt) van uw hypotheek in te dekken.

### Wijziging van de fiscaliteit:

Volgende premies aftrekbaar maken?  Ja  NeenKeuze tussen:  Aftrek enige woning  Lange termijnsparen  Pensioensparen

### Wijziging van de begunstigingsclausule:

Maak uw keuze uit volgende begunstigingsclausules:

- De echtgenoot(ote)/ wettelijk samenwonende partner van de verzekeringnemer; bij ontstentenis de geboren of ongeboren kinderen van de verzekeringnemer; bij ontstentenis, de nalatenschap van de verzekeringnemer.
- Andere(n) (naam, voornaam, geboortedatum, graad van verwantschap met de verzekeringnemer); bij ontstentenis, de nalatenschap van de verzekeringnemer:

### Wijziging van overdracht van de begunstiging:

Naam kredietinstelling: .....Dossinummer: .....

Volledig adres: .....

### Wijziging van de premiemodaliteiten:

		<b>Overlijden</b>	
Periodiciteit v/d premiebetaling	Premies*:	<input type="checkbox"/> Eénmalig	<input type="checkbox"/> Driemaandelijks
		<input type="checkbox"/> Jaarlijks	<input type="checkbox"/> Maandelijks
		<input type="checkbox"/> Zesmaandelijks	
Duurtijd v/d premiebetaling v/d dekking overlijden	<input type="checkbox"/> 2/3 van de totale duurtijd van het contract		
	<input type="checkbox"/> Totale duurtijd van het contract of andere: .....		

\* Opgelet: de totale periodieke min. premie moet € 25 bedragen.

### Handtekening van de tussenpersoon en/of de verzekeringnemer (laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")



Indien het om een verhoging van het kapitaal en/of de looptijd gaat, gelieve de gezondheidsverklaring in te vullen.

Medische formaliteiten Verzekerde / **Verzekerde 1\***

**1. Algemeen**

Voor de risico's "Overlijden" en/of "Arbeidsongeschiktheid" moet deze verklaring altijd ingevuld worden en is deze voldoende voor de aanvaarding van het overlijdensrisico indien er geen ander contract loopt bij BNP Paribas Cardif en indien de verzekerde(n) voldoet(n) aan de voorwaarden. De medische formaliteiten vermeld in onderstaande tabel zijn minimaal en kunnen het object zijn van eventuele bijkomende onderzoeken opgelegd door de maatschappij.

	Leeftijd van de verzekerde bij onderschrijving		
	van 18 t.e.m 50 jaar	van 51 t.e.m 65 jaar	66 jaar en ouder
max € 150.000	Gezondheidsverklaring		Medische vragenlijst
max € 285.000			
vanaf € 285.001			

Opm: indien u één van deze criteria overschrijdt of indien u één van onderstaande vragen met "onjuist" beantwoordt, moet u de bijkomende medische vragenlijst invullen, ondertekenen en bijvoegen.

**2. Gezondheidsverklaring**

	Verzekerde / Verzekerde 1*
Ik ben momenteel niet arbeidsongeschikt of ik ben in de laatste vijf jaar niet arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik volg geen medische behandeling of ik heb geen medische behandeling gevolgd met een duurtijd van meer dan drie opeenvolgende weken gedurende de laatste vijf jaar.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik lijd niet of ik heb niet geleden (gedurende de laatste 10 jaar) aan een van volgende zware of chronische ziekten : - Tumor of Kanker - Hartziekten (hartritmestoornissen, hartinfarct , cerebrovasculair accident, hartinsufficiëntie) - Hepatitis, HIV / AIDS - Psychische aandoeningen (bipolaire stoornis, schizofrenie, zelfmoordpoging)	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik ben niet (gedurende de laatste 10 jaar) gehospitaliseerd geweest en ik moet in de komende 12 maanden niet gehospitaliseerd worden, geen chirurgische ingreep of medische onderzoeken ondergaan.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist

\*Enkel in geval van 2win-formule

Gelieve hier uw lengte en gewicht op te geven. Lengte : ..... Gewicht : .....

**Verklaring rookgedrag** : u kan van het niet-roker tarief genieten indien u tenminste 12 maanden volkomen rookvrij bent.

- Ik heb nooit gerookt
- Ik ben gestopt met roken sinds .....
- Ik rook

**3. Verwerking medische gegevens**

Ik geef BNP Paribas Cardif, en haar eventuele herverzekeraars, de toestemming al mijn medische gegevens te verwerken in het kader van het afsluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Ik ben geïnformeerd over het feit dat ik mijn toestemming op elk moment kan intrekken. Echter, het intrekken van mijn toestemming kan de uitvoering van de contractuele waarborgen belemmeren. Bovendien kan het intrekken van mijn toestemming niet leiden tot de beëindiging van het contract of tot het wissen van verzamelde gegevens.

Ja  Nee

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening Verzekerde / Verzekerde 1 in geval van 2win-formule(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")

Medische formaliteiten **Verzekerde 2\***

**1. Algemeen**

Voor de risico's "Overlijden" en/of "Arbeidsongeschiktheid" moet deze verklaring altijd ingevuld worden en is deze voldoende voor de aanvaarding van het overlijdensrisico indien er geen ander contract loopt bij BNP Paribas Cardif en indien de verzekerde(n) voldoet(n) aan de voorwaarden. De medische formaliteiten vermeld in onderstaande tabel zijn minimaal en kunnen het object zijn van eventuele bijkomende onderzoeken opgelegd door de maatschappij.

	Leeftijd van de verzekerde bij onderschrijving		
	van 18 t.e.m 50 jaar	van 51 t.e.m 65 jaar	66 jaar en ouder
max € 150.000	Gezondheidsverklaring	Medische vragenlijst	
max € 285.000			
vanaf € 285.001			

Opm: indien u één van deze criteria overschrijdt of indien u één van onderstaande vragen met "onjuist" beantwoordt, moet u de bijkomende medische vragenlijst invullen, ondertekenen en bijvoegen.

**2. Gezondheidsverklaring**

	Verzekerde 2*
Ik ben momenteel niet arbeidsongeschikt of ik ben in de laatste vijf jaar niet arbeidsongeschikt geweest gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik volg geen medische behandeling of ik heb geen medische behandeling gevolgd met een duurtijd van meer dan drie opeenvolgende weken gedurende de laatste vijf jaar.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik lijd niet of ik heb niet geleden (gedurende de laatste 10 jaar) aan een van volgende zware of chronische ziekten : - Tumor of Kanker - Hartziekten (hartritmestoornissen, hartinfarct, cerebrovasculair accident, hartinsufficiëntie) - Hepatitis, HIV / AIDS - Psychische aandoeningen (bipolaire stoornis, schizofrenie, zelfmoordpoging)	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist
Ik ben niet (gedurende de laatste 10 jaar) gehospitaliseerd geweest en ik moet in de komende 12 maanden niet gehospitaliseerd worden, geen chirurgische ingreep of medische onderzoeken ondergaan.	<input type="checkbox"/> Juist <input type="checkbox"/> Onjuist

\*Enkel in geval van 2win-formule

Gelieve hier uw lengte en gewicht op te geven. Lengte : ..... Gewicht : .....

**Verklaring rookgedrag** : u kan van het niet-roker tarief genieten indien u tenminste 12 maanden volkomen rookvrij bent.

- Ik heb nooit gerookt
- Ik ben gestopt met roken sinds .....
- Ik rook

**3. Verwerking medische gegevens**

Ik geef BNP Paribas Cardif, en haar eventuele herverzekeraars, de toestemming al mijn medische gegevens te verwerken in het kader van het afsluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Ik ben geïnformeerd over het feit dat ik mijn toestemming op elk moment kan intrekken. Echter, het intrekken van mijn toestemming kan de uitvoering van de contractuele waarborgen belemmeren. Bovendien kan het intrekken van mijn toestemming niet leiden tot de beëindiging van het contract of tot het wissen van verzamelde gegevens.

Ja  Nee

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening Verzekerde 2 in geval van 2win-formule(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")