

Aanvraagformulier Uitvaartzorg Verzekering Uitvaartzorg Plus Verzekering

AMEV-Ardanta N.V.

Postbus 346
7500 AH Enschede Nederland
Telefoon (053) 488 11 22
Fax (053) 430 03 26
Fortis Bank 93.64.30.222
Postbank 816270

Verzekeringsadviseur

AMEV relatienummer _____ Naam _____

Verzekeringnemer

Bestaand gezins-/contractnummer _____
 Voorletters _____ Man Vrouw
 Naam _____
 Straat _____ Huisnummer _____
 Woonplaats/Postcode _____ - _____
 Telefoonnummer _____
 Geboortedatum _____
 Ingangsdatum _____

Verzekerden

Voorletters en naam	Geboortedatum			M/V	Uitvaartzorg of Uitvaartzorg Plus		Basispakket		(Aanvullend) verzekerd bedrag	Duur*	Maandpremie
	dag	mnd	jaar		ja	nee					
1.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
2.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
3.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
4.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
Gegevens kinderen tot 16 jaar met gratis kinderdekking tot maximaal € 2.000.					eventuele aanvulling naast de gratis kinderdekking						
5.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
6.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					
7.	-	-			<input type="checkbox"/> UZ	<input type="checkbox"/> UZP					

* Bij de Uitvaartzorg Verzekering loopt de premiebetaling tot in het jaar dat de verzekerde 75 jaar wordt.
 Bij de Uitvaartzorg Plus verzekering kunt u kiezen uit een premiebetaalduur van 30 jaar of levenslang.

Verzekerden wensen een uitvaart in het buitenland ja nee Land: _____

Op te nemen polisnummer(s)
 Verzekerde 1 _____ Verzekerde 5 _____
 Verzekerde 2 _____ Verzekerde 6 _____
 Verzekerde 3 _____ Verzekerde 7 _____
 Verzekerde 4 _____

Betaalwijze

Betaalperiode
 per maand
 per kwartaal
 per halfjaar
 per jaar

Betaling vindt plaats aan:
 de verzekeringsadviseur
 AMEV-Ardanta N.V., per
 automatische incasso** (machtiging invullen)
 acceptgiro (minimaal E 15 per termijn, geen maandpremies)

** Machtiging bank-/giro incasso

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat de verschuldigde premie tot wederopzegging zal worden geïncasseerd van zijn/haar rekeningnummer.
 De machtiging wordt verleend door ondertekening van dit aanvraagformulier. _____ (Post)bankrekeningnummer)

Gezondheidsverklaring

De gezondheidsverklaring hoeft niet te worden ingevuld voor kinderen met alleen gratis kinderdekking

Verzekerde	1		2		3		4		5		6		7	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke en hoeveel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u de laatste 5 jaar een specialist geraadpleegd? Zo ja, wanneer en waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u een ziekte of afwijking waardoor u uw werkzaamheden niet zonder beperkingen kunt verrichten? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hoe lang bent u en wat is uw gewicht?	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm	___ cm
	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg
6. Heeft u aids, bent u seropositief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als voor een juiste beantwoording de ruimte onvoldoende is, graag op een apart blad een uitgebreide toelichting geven.

Opmerkingen:

Verklaring

De verzekeringnemer verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Hij/zij verklaart bekend te zijn met het feit dat onjuiste mededelingen en/of verzwijging op dit formulier de verzekering(en) nietig kunnen maken. Tevens verklaart hij/zij de polis(sen) in ontvangst te zullen nemen en de premie voor tenminste één jaar te voldoen. Tenslotte verklaart hij/zij akkoord te gaan met de toepassing van de algemene voorwaarden, welke na acceptatie van deze aanvraag worden uitgereikt. Deze voorwaarden liggen bij AMEV-Ardanta ter inzage en kunnen op verzoek bovendien nu reeds worden toegezonden.

Ondertekening

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____

Bij het verwerken van persoonsgegevens is de gedragscode "verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf" van toepassing. Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door AMEV-Ardanta N.V. verwerkt, ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het relatiebestand. Indien u geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u dit kosteloos schriftelijk melden.

Over de totstandkoming en uitvoering van deze uitvaart naturaverzekeringsovereenkomst kunt u een klacht indienen bij de volgende instantie: Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Op de door AMEV-Ardanta N.V. met particuliere verzekeringnemers gesloten overeenkomsten van uitvaart naturaverzekering, is het Nederlands recht van toepassing.