

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
Bankrelatie: Fortis Bank 93.64.30.222
www.amev-ardanta.nl

VERZEKERINGSADVISEUR

AMEV relatienummer: _____ Naam: _____

VERZEKERINGNEMER

Voorletters : _____ Man Vrouw Bestaand gezins-/
Naam : _____ contractnummer: _____
Straat : _____ Huisnr.: _____
Postcode : _____ Plaats: _____
Telefoonnr. : _____ 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. Vergoeding met een maximum van de laagst verzekerde dekking van de ouder(s).						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 10, 15, 25, 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 € 15 per termijn, geen maandpremies)

**** MACHTING 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 _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ 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: _____

VOORLOPIG VERZEKERD

Het uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende overlijdensrisico wordt vanaf de dag van indiening van het aanvraagformulier voorlopig verzekerd tot de ingangsdatum, onder voorwaarde dat: het aanvraagformulier volledig en zonder voorbehoud is ingevuld en ondertekend, de verzekerde niet lijdt aan een ziekte welke een meer dan normaal risico meebrengt en de ingangsdatum van de verzekering op de eerstvolgende ingangsdatum na indiening is gesteld.

VERKLARING

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op bovenstaande vragen door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich er van bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en). 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: _____

Handtekening: _____ Datum: _____

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door AMEV-Ardanta N.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten; ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Indien u geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u dit kosteloos schriftelijk melden aan AMEV-Ardanta, Antwoordnummer 311, 7500 VB Enschede.

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.