

# AANVRAAGFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING MEDEVERZEKERDE

Polis: G15/452.861

Naam \_\_\_\_\_

Voornamen \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ingangsdatum verzekering: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Echtgeno(o)t(e)/partner van../pers.nr. \_\_\_\_\_

Zoon/dochter van.. /pers.nr. \_\_\_\_\_

Is uw gezondheidstoestand thans  
en als regel ongestoord? Ja / Nee

Zo nee, afwijkingen vermelden \_\_\_\_\_

Beschikt u over het volledig gebruik  
van alle ledematen en zintuigen? Ja / Nee

Zo nee, afwijkingen vermelden \_\_\_\_\_

Verzekeringsvormen (s.v.p. aankruisen)

Echtgenoot/echtgenote/partner  
(bij overlijden als invaliditeit):

kind: (verzekering geldig tot 21 jaar)  
(studerenden tot 27 jaar). *Bij overlijden volgt er  
een uitkering van € 6.000,-*

€ 15.000,00

€ 60.000,00

€ 60.000,00

€ 150.000,00

€ 150.000,00

Ondergetekende machtigt de werkgever de door hem/haar verschuldigde premie op het nettosalaris in te houden.

Ik wens de ongevallenverzekering per 01-01- \_\_\_\_\_ te beëindigen.

Aldus naar waarheid ingevuld.

Datum:

Ondertekening:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_