

Naam tussenpersoon :   
Relatienr. verzekeringnemer :   
Verzekeringnummer :

**VERZEKERINGNEMER**

**VERZEKERDE**

	VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE
Naam	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voornamen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identiteitsbewijsnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboorteplaats	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Woonplaats / Wijk	<input type="text"/>	<input type="text"/>
District / Land	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnr. / Fax nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Burgelijke staat*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> ongehuwd
Beroep	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e-mailadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SMS / E-maildiensten:** Wenst u informatie te ontvangen via SMS/ E-mail over polissen en acties.  Ja  Nee

Productnaam: Het **AB-PLAN**

Beleggingsfonds: **Carmignac Patrimoine**

Ingangsdatum:

Premiebedrag USD:

Koopsom USD:

Premiebetaling per:  maand  kwartaal  halfjaar  jaar

Looptijd van de verzekering volle jaren (*minimaal 3 jaar bij premiebetaling en 1 jaar bij een koopsom*)

Bankrelatie:

Bankrekeningnr.:

Overlijdensdekking: restitutie premies of koopsom

(*Indien de beleggingswaarde bij overlijden hoger is dan uw keuze, wordt deze beleggingswaarde uitgekeerd*)

Voor acceptatie:

Begunstigde: (degene, aan wie het verzekerd bedrag moet worden uitgekeerd of de premie-restitutie moet geschieden)

In het algemeen is volgende begunstiging doeltreffend:

1. De verzekeringnemer
2. De weduwe of weduwnaar van de verzekeringnemer
3. De wettige kinderen van de verzekeringnemer gezamenlijk, voorzover alsdan in leven, onderling te verdelen in de verhouding waarin zij tot de nalatenschap van de verzekeringnemer zullen zijn geroepen.
4. De erfgenamen van de verzekeringnemer gezamenlijk, onderling te verdelen in de verhouding, waarin zij tot de nalatenschap zullen zijn geroepen.

Worden andere personen dan de hierboven als begunstigden aangewezen, dan dienen hun namen, voornamen, geboortedata en –plaats en de familierelatie te worden vermeld.

Begunstiging:

1.
2.
3.
4.

OP DE AANGEVRAAGDE VERZEKERING ZULLEN DE VOORWAARDEN VAN AB-2016-04 VAN TOEPASSING ZIJN.

### **GEZONDHEIDSVERKLARING**

A. Heeft u een ziekte, kwaal, gebrek of bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?

Ja             Neen

Zo ja, toelichting:

B. Heeft u gedurende de laatste 3 maanden een arts geconsulteerd en tengevolge van ziekte uw werkzaamheden onderbroken?

Ja             Neen

Zo ja, welke ziekte?

Door welke arts behandeld:

Nog in behandeling     Genezen

C. Heeft u gedurende de laatste 3 jaren geleden aan hart- en vaatziekten, verhoogde bloeddruk of enige andere ziekte of gebrek ?

Ja             Neen

Zo ja, welke ziekte of welk gebrek?

Door welke arts behandeld:

Nog in behandeling     Genezen

Ik kandidaat-verzekerde, verklaar bovenstaande vragen naar mijn beste weten te hebben beantwoord. Het is mij bekend dat een verzwijging of verkeerde opgave de risicodekking bij overlijden van deze verzekering kan doen vervallen.

Ik verklaar tevens dat ik geen bezwaar heb dat de medisch adviseur van Assuria Levensverzekering N.V. inlichtingen inwint bij behandelende geneesheren, indien dit noodzakelijk mocht blijken.

Plaats en datum:

Handtekening verzekeringnemer

Handtekening kandidaat-verzekerde  
(indien niet de verzekeringnemer)

Oordeel Medisch Adviseur: