

Verkort Aanvraagformulier Levensverzekeringen

Datum: _____ Verzekeringsbemiddelaar: _____ Agentschapsnummer: _____

Kandidaat verzekerde		Begunstiging:	
Familienaam		Familienaam	
Tussenvoegsel		Tussenvoegsel	
Meisjesnaam		Meisjesnaam	
Tussenvoegsel		Tussenvoegsel	
Voorna(a)m(en)		Voorna(a)m(en)	
Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>	Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
Woonadres		Woonadres	
Plaats, land en district		Plaats, land en district	
Geboortedatum		Geboortedatum	
Nationaliteit		Nationaliteit	
ID kaart <input type="checkbox"/> / paspoort <input type="checkbox"/> / rijbewijs <input type="checkbox"/>		ID kaart <input type="checkbox"/> / paspoort <input type="checkbox"/> / rijbewijs <input type="checkbox"/>	
Contactnummer		Contactnummer	
Burgerlijke staat: Gehuwd <input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Concubinaat <input type="checkbox"/>		Burgerlijke staat: Gehuwd <input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Concubinaat <input type="checkbox"/>	
E-mailadres		E-mailadres	

Beroepsgegevens		
Beroep:	Werkgever:	Sector:
Adres:	Telefoonnummer:	Anders (niet werkenden):

Te verzekeren product : TOR <input type="checkbox"/> / FSP <input type="checkbox"/> / VSP <input type="checkbox"/> / APSR <input type="checkbox"/> / DIL <input type="checkbox"/> / Uitvaart <input type="checkbox"/>			
Ingangsdatum		Looptijd verzekering:	Verzekerd Kapitaal:
Jaarpremie of koopsom:		Premiebetaling per: maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> halfjaar <input type="checkbox"/> jaar <input type="checkbox"/>	
Valutasoort: SRD <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> EURO <input type="checkbox"/>		Betaling: Bank <input type="checkbox"/> Kas <input type="checkbox"/> Inhouding <input type="checkbox"/>	

Bankgegevens	
Bank en land van vestiging:	Naam rekeninghouder:
Rekeningnummer:	Valutasoort:

Politiek Prominente Persoon (PEP)	
Contactpersoon <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Begunstigde <input type="checkbox"/> Aandeelhouder <input type="checkbox"/>	
Politiek Prominente Persoon (PEP): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Indien ja, vul in: <input type="checkbox"/> Bekleed zelf een politieke functie of heeft een politieke functie bekleed	
<input type="checkbox"/> Is een familielid of naaste geassocieerde van een persoon die een politieke functie (heeft) bekleedt.	Periode: <input type="text"/>
Amerikaanse Staatsburger (US person)	
Contactpersoon <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Begunstigde <input type="checkbox"/> Aandeelhouder <input type="checkbox"/>	
Amerikaanse Staatsburger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Indien ja, vul in:	
<input type="checkbox"/> Individual Tax Identification Number (ITIN)	<input type="checkbox"/> Employer Identification Number (EIN)
<input type="checkbox"/> Social Security Number (SSN)	<input type="checkbox"/> Green Card Holder
Woon- en/of postadres/ telefoonnummer in USA: <input type="text"/>	

Vragen voor de kandidaat-verzekerde	
Bent u reeds bij een andere verzekeringsmaatschappij verzekerd of is momenteel een verzekeringsaanvraag in behandeling? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Zo ja, welke maatschappij? Assuria <input type="checkbox"/> FATUM <input type="checkbox"/> Parsasco <input type="checkbox"/> Overige: <input type="text"/>	
Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levensverzekering geweigerd, opgezegd, of deze op bijzondere voorwaarden geaccepteerd? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Zo ja, bij welke maatschappij en waarom? <input type="text"/>	
Reist u regelmatig naar het buitenland? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
1. Wat is uw lengte.. <input type="text"/> .m	Wat is uw gewicht... <input type="text"/> ...kg
2. Rookt u? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	3. Gebruikt u alcohol? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
4. Gebruikt u medicijnen? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Zo ja, welke? <input type="text"/>	
5. Lijdt u of heeft u geleden aan een ernstige ziekte, aandoening of gebrek? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Zo ja, welke? <input type="text"/>	
6. Bent u momenteel onder medische behandeling? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
7. Komt in uw familie een ernstige aandoening voor? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> zo ja, welke: <input type="text"/>	
Naam huidige Huisarts: <input type="text"/>	Adres huidige Huisarts: <input type="text"/>
Naam vorige Huisarts: <input type="text"/>	Adres vorige Huisarts: <input type="text"/>

Verklaring

De ondergetekenden verklaren dat alle antwoorden op de gestelde vragen naar beste weten, juist en naar waarheid zijn beantwoord dan wel zijn ingevuld en dragen kennis dat door verzwijging en/of verkeerde of onvoldoende informatie de verzekeringsovereenkomst nietig verklaard kan worden, zonder dat Self Reliance Levensverzekeringen N.V. verplicht is tot enige terugbetaling van de premie.

Tevens verklaren ondergetekenden dat zij bij hun aanvraag de Algemene verzekeringsvoorwaarden Self Reliance Levensverzekeringen N.V., welke deel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst, hebben doorgenomen alsook hebben begrepen en zich hiermee akkoord verklaren.

Voorzover ondergetekende-verzekeringnemer akkoord gaat met de door Self Reliance Levensverzekeringen N.V. uitgebrachte offerte, zullen voormelde voorwaarden worden verstrekt bij uitgifte van het polisblad en vormen tezamen de polis.

Toestemming

De ondergetekende/ verzekerde verleent hierbij uitdrukkelijke toestemming aan zijn/haar behandelend arts(en), medische instellingen en overige hulpverleners om, zowel tijdens zijn/haar leven als na zijn/haar overlijden, op verzoek van Self Reliance, alle medische gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn voor:

- de beoordeling van een verzekeringsaanvraag of een wijzigingsverzoek;
- de beoordeling, verificatie en afhandeling van een verzekeringsclaim;
- de vaststelling van aanspraken uit hoofde van de verzekering; en
- de verificatie, aanvulling of controle van medische informatie die door ondergetekende/ verzekerde bij leven is verstrekt.

Deze toestemming omvat mede – voor zover relevant en noodzakelijk voor bovengenoemde doeleinden – gegevens betreffende de medische voorgeschiedenis, (eerdere) diagnoses, behandelingen, consulten, medicatie, onderzoeksresultaten en andere medische informatie die kan bijdragen aan een volledige en juiste beoordeling van het verzekeringsrisico of de aanspraak.

Deze toestemming blijft, voor zover het de verstrekking van gegevens na overlijden van ondergetekende/ verzekerde betreft, onverkort en volledig van kracht na het overlijden van ondergetekende, en geeft Self Reliance het recht om alle voor de claimafhandeling noodzakelijke medische informatie op te vragen.

Niettegenstaande deze machtiging ontheft het de verzekerde niet om te voldoen aan de mededelingsplicht, zoals opgenomen in artikel 4 van de Algemene verzekeringsvoorwaarden Self Reliance Levensverzekeringen N.V.

Handtekening

Handtekening kandidaat-verzekeringnemer	
Handtekening kandidaat-verzekerde	
<ul style="list-style-type: none">❖ Door ondertekening van dit formulier geven ondergetekende aan Self Reliance Levensverzekeringen N.V. toestemming om hun persoonsgegevens te verifiëren in de CBB-e-Loket applicatie.❖ Onze polisvoorwaarden kunt u nalezen op onze website www.self-reliance.sr	

Verklaring verzekeringsbemiddelaar

Kandidaat -verzekeringnemer en kandidaat verzekerde, ieder als zodanig hebben bovenstaande handtekeningen in zijn tegenwoordigheid gesteld.

Naam en Handtekening verzekeringsbemiddelaar	
--	--