

VERZEKERINGSADVISEUR

Relatienummer: _____ Naam: _____

VERZEKERINGNEMER

Voorletters : _____ Man Vrouw
Naam : _____ BSN/Sofinummer : _____
Straat : _____ Huisnr: _____ E-mailadres : _____
Postcode : _____ Plaats: _____
Telefoonnr.: _____ Geboortedatum: ____ - ____ - ____ Ingangsdatum : ____ - ____ - ____

VERZEKERDEN

Voorletters en naam	Geboortedatum			M/V	Verzekerd bedrag		Gratis KD	Looptijd Premiebetaling	Premie
	dag	mond.	jaar		Uitvaartgeld	Uitvaartzorg			
1.					€	€	<input type="checkbox"/>		
2.					€	€	<input type="checkbox"/>		
3.					€	€	<input type="checkbox"/>		
4.					€	€	<input type="checkbox"/>		
5.					€	€	<input type="checkbox"/>		
6.					€	€	<input type="checkbox"/>		
7.					€	€	<input type="checkbox"/>		

AUTOMATISCHE VERHOOGING

Deze verzekering wordt iedere 5 jaar (zonder gezondheidsvragen) automatisch met 25% verhoogd, tenzij u hier aankruist dit niet te willen

nee, ik wil geen automatische verhoging

BEGUNSTIGING (IN GEVAL VAN UITVAARTGELD VERZEKERING)

Volgens standaardregeling (achtereenvolgens: de verzekeringnemer, de weduwe/weduwenaar of achtergebleven geregistreerd partner van

van de verzekerde, de erfgena(a)m(en) van de verzekerde)

Deze begunstiging geldt voor _____ (nummer(s) verzekerden invullen).

Afwijkend van de standaardregeling begunstigde:

1. Naam _____	m / v	Geboren	-	-
2. Naam _____	m / v	Geboren	-	-
3. Naam _____	m / v	Geboren	-	-

Deze afwijking geldt voor _____ (nummer(s) verzekerden invullen).

Wanneer de ruimte onvoldoende is, s.v.p. op een apart blad een toelichting geven.

Indien u niets aankruist, wordt de standaardbegunstiging voor alle verzekeringen aangehouden.

BETAALWIJZE

Betaalperiode

- per maand
 per kwartaal
 per halfjaar
 per jaar

Betaling vindt plaats aan:

- de verzekeringsadviseur
 CDS, per
 automatische incasso** (machtiging tekenen)
 acceptgiro (minimaal € 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 en verstrekt Ardanta hiertoe een machtiging.

(Post)bankrekeningnummer

GEZONDHEIDSVERKLARING

Verzekerde	1		2		3		4		5		6		7	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
1. Lijdt of leed u de afgelopen 5 jaar aan een ziekte, kwaal of gebrek Zo ja, welke?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
2. Heeft u de laatste 5 jaar een specialist geraadpleegd? Zo ja, geef hieronder een toelichting welke specialist u heeft bezocht en waarvoor.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
3. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, geef hieronder een toelichting welke medicijnen u gebruikt en welke dosering.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

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

Opmerkingen: _____

LEGITIMATIE

In het kader van de WID (Wet op Identificatie bij Dienstverlening) dient elke verzekeringnemer zich te legitimeren. CDS voert deze legitimatiecontrole in haar geautomatiseerde systeem uit. Dit vindt plaats door een zogenaamde naam/bankrekeningnummercontrole bij betaling van de eerste premie. In het geval dat de naam van de verzekeringnemer niet overeenkomt met de tenaamstelling van de rekening, wordt de verzekeringnemer hiervan schriftelijk in kennis gesteld en wordt een verklaring gevraagd.

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 gegevens 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 acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en). Tevens verklaart hij/zij de polis(sen) in ontvangst te zullen nemen en akkoord te gaan met de toepassing van de algemene voorwaarden, welke na acceptatie van deze aanvraag worden uitgereikt. Deze voorwaarden liggen bij **Ardanta** ter inzage en kunnen op verzoek bovendien nu reeds worden toegezonden. Als de Algemene Voorwaarden bij de polis worden afgegeven heeft u, na ontvangst, nog 30 dagen de tijd om te beslissen of u deze verzekering wilt houden of opzeggen.

ONDERTEKENING

Plaats : _____

Handtekening : _____ Datum : _____

Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door **Ardanta** verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten 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 klanten bestand. Op deze verwerking is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoonnummer (070) 3338777, of via internet: www.verzekeraars.nl.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de stichting is mede van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).

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

Klachtenprocedure

Bent u het niet eens met de beslissing van de verzekeraar of heeft u een klacht over uw assurantieadviseur, meld uw klacht dan eerst bij het klachtenbureau van de verzekeraar of uw assurantieadviseur. Als u niet tevreden bent over de afhandeling van uw klacht, kunt u zich wenden tot: Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid), postbus 93257, 2509 AG Den Haag. www.kifid.nl

Registratie

Ardanta N.V. heeft een vergunning van De Nederlandse Bank N.V. en is opgenomen in het register van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onder nummer 12000435. Ardanta N.V. kan optreden als aanbieder van uitvaartverzekeringen.