

**AANVRAAG verhoging verzekerd bedrag**

**invullen in blokletters**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAAM** |  |  |
| **VOORNAMEN (eerste voluit)** |  |
| **GESLACHT** |  |
| **GEBOORTEDATUM** |  |
| **ADRES** |  |
| **POSTCODE + WOONPLAATS** |  |
| **TELEFOON** |  |
| **E-MAILADRES** |  |
| **RELATIENUMMER (indien**  **bekend)** |  |
|  | | |

Wil zijn/haar verzekerd bedrag verhogen tot €

De huidige maandpremie bedraagt €

De nieuwe maanpremie bedraagt €

*Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan de Voorzorg de verschuldigde premie af te schrijven van zijn/haar bankrekening.*

IBANnummer:

t.n.v:

De premie wordt betaald per  maand  kwartaal  halfjaar  jaar

*Een machtiging met jaarpremie krijgt 2 % korting!*

Ingangsdatum verzekering 01-       - 202

**Gegevens overige leden op dit adres:**

|  |  |
| --- | --- |
| 2. NAAM |  |
| VOORNAMEN (eerste voluit) |  |
| GESLACHT |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| GEBOORTEPLAATS |  |
| VERZEKERD BEDRAG | Oud: €      verhogen met € |
| NIEUWE MAANDPREMIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. NAAM |  |
| VOORNAMEN (eerste voluit) |  |
| GESLACHT |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| GEBOORTEPLAATS |  |
| VERZEKERD BEDRAG | Oud: €       verhogen met € |
| NIEUWE MAANDPREMIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. NAAM |  |
| VOORNAMEN (eerste voluit) |  |
| GESLACHT |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| GEBOORTEPLAATS |  |
| VERZEKERD BEDRAG | Oud: €       verhogen met € |
| NIEUWE MAANDPREMIE |  |

*Vergeet niet uw gezondheidsverklaring hieronder in te vullen!*

**Gezondheidsverklaring** (in te vullen door aanvrager)

1. Bent u, en/of uw partner/echtgenoot, en/of een van de mee te verzekeren kinderen, de laatste twaalf maanden onder behandeling van een specialist geweest of verwacht u binnenkort een specialist te zullen raadplegen?

nee  ja

1. Hebt u, en/of uw partner/echtgenoot, en/of een van de mee te verzekeren kinderen,

het afgelopen jaar onder behandeling of controle van een huisarts gestaan?

nee  ja

1. Bent u, en/of uw partner/echtgenoot, en/of een van de mee te verzekeren kinderen, de laatste twee jaren opgenomen, behandeld of onder controle geweest in een ziekenhuis, sanatorium of andere verpleeginrichting?

nee  ja

1. Bent u, en/of uw partner/echtgenoot in het verleden door een verzekeringsmaatschappij geweigerd?

nee  ja

Als u een van deze vragen met ***ja*** hebt beantwoord, geef dan op een apart blad een korte toelichting op elk antwoord met ja.

Na beoordeling van uw aanvraag door de medische commissie kan het zijn dat u een aanvullende gezondheidsverklaring ontvangt of aanvullende voorwaarden. Er is altijd een wachttijd van 1 jaar. Bij overlijden tijdens deze wachttijd wordt de ingelegde premie of koopsom teruggestort. U kunt in het eerste verzekeringsjaar nog geen aanspraak maken op het verzekerde bedrag.

*Het is hem/haar bekend dat onjuiste opgaven het recht op een uitkering bij overlijden doen verliezen, zonder dat het Fonds tot enige premierestitutie is verplicht.*

In verzekeringsland kan bij verzwijging of onjuiste informatieverstrekking beroep worden gedaan op de mededelingsplicht en verzwijgingsclausule (art 7:928 lid 1 en 2 van het Burgerlijk Wetboek) waarbij de verzekeraar een (schade) uitkering kan weigeren zodra er sprake is van onjuiste informatieverstrekking en/of verzwijging bij het aangaan van een verzekering. Bij overlijden binnen twee jaar na afsluiting van deze polis zal Het Bestuur van deze wettelijke mogelijkheid gebruikmaken.

Datum

Handtekening aanvrager:

en overige volwassenen (2)       3)

(4)       (5)