

IBAN NL47 ABNA 0254 3863 85
BIC ABNANL2A
BTW nr 8604.71.019.B.01
KVK nr 75993821

Bezoekadres Langeweg 11, 3261 LJ Oud-Beijerland
Postadres Postbus 1058, 3260 AB Oud-Beijerland
Telefoon 088 446 91 31
E-mail info@voogd.com

Voogd&Voogd
VERZEKERINGEN

Aanvraagformulier ANW-hiaatverzekering

Gegevens werknemer

Geslacht man vrouw*

Voorletters _____

Voorvoegsel + achternaam _____

Geboortedatum _____

Nationaliteit _____

Postcode + huisnummer _____

Straat _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Deelnamegegevens

Datum indiensttreding bij huidige werkgever _____

Verzekerd bedrag € 12.000,-

Indexering 0% (gelijkblijvende uitkering)

Werkgever _____

Youforce personeelsnummer _____

IBAN rekeningnummer _____

Akkoord automatische incasso per maand

Akkoord digitale polis afgifte

Partnergegevens

Geslacht man vrouw*

Voorletters _____

Voorvoegsel + achternaam _____

Geboortedatum _____

Nationaliteit _____

IBAN NL47 ABNA 0254 3863 85
BIC ABNANL2A
BTW nr 8604.71.019.B.01
KVK nr 75993821

Bezoekadres Langeweg 11, 3261 LJ Oud-Beijerland
Postadres Postbus 1058, 3260 AB Oud-Beijerland
Telefoon 088 446 91 31
E-mail info@voogd.com

Voogd&Voogd
VERZEKERINGEN

Belangrijke informatie

Let op: Uw werkgever weet tot welke datum u zich voor deze verzekering kunt aanmelden zonder medische vragen. U heeft deze datum ontvangen in de brief of e-mail van uw werkgever met informatie over deze verzekering. Als u zich aanmeldt na deze datum, dan kunnen wij om medische gegevens vragen.

De aanvrager verklaart kennis te hebben genomen van de privacyverklaring en gaat akkoord met de verwerking door Voogd & Voogd Verzekeringen B.V. (voorheen VSP B.V.) van de gezondheidsgegevens die in het kader van de aanvraag van deze verzekering worden aangeleverd.

Voor akkoord

De verzekering komt mede tot stand op basis van de informatie die u aan ons geeft tijdens deze aanmelding. Geeft u ons informatie die niet klopt? Dan kan het gevolg zijn dat wij:

1. de verzekering beëindigen; of
2. geen uitkering doen aan uw partner als u overlijdt.

Voor akkoord

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening verzekeringnemer: _____

Het ingevulde formulier mailt u naar: anwhiaat@vspbv.nl.