

Offertenummer :

Polisnummer :

Betreft:  Offerte  Nieuwe verzekering  Wijziging bestaande verzekering

## 1. VERZEKERINGNEMER *(Aanvrager en premiebetalder)*

Klantnummer *(indien bestaande klant)*:

### **Indien u de verzekering voor uw bedrijf / onderneming aanvraagt:**

Nummer inschrijving KKF :

Bedrijfsnaam :

Soort onderneming :

Contactpersoon :

### **Indien u als individu de verzekering aanvraagt:**

Achternaam :

Voorna(a)m(en) :

Geboortedatum :

Geslacht:  M  V

Geboorteplaats :

Nationaliteit :

ID/Paspoortnummer:

### **Invullen, ongeacht individu of bedrijf/ onderneming**

Incasso / Post / Correspondentie-adres:

Adres/ plaats van vestiging *(indien anders correspondentie-adres)*:

Telefoonnummer

Thuis:

Mobiel:

Werk:

Faxnummer:

E-mailadres :

Bankrekeningnummer:

Bankinstelling:

## 2. PRODUCTINFORMATIE

Per welke datum moet de verzekering ingaan?

Wat voor werkweek heeft de onderneming?  5 daagse  6 daagse  6 daagse + weekend

Heeft het bedrijf/de onderneming thuiswerkers?  Ja  Nee

Zo ja, aantal mogelijke thuiswerkers

Welk dagloon wenst u te verzekeren?

SRD 400,-

Hoger Namelijk, SRD

Anders

Wat voor werktijden heeft de onderneming?

Indien het een verzekering op korte termijnbasis betreft, op welke datum moet de verzekering eindigen?

Wordt uw bedrijf uitgeoefend met toestellen/machines (krachtwerktuigen) met een vermogen van meer dan twee paardenkracht?

Ja  Nee

## 3. LOONOPGAVE WERKNEMERS: (De onderstaande tabel verplicht invullen)

Naam	Adres	Dagloon*	Functie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* alle vergoedingen uitgezonderd overwerkvergoeding

### VERZWIJGING

Het is belangrijk dat u alle vragen volledig en naar waarheid invult. Assuria N.V. heeft het recht een verzekering ongeldig te verklaren en uitkeringen te weigeren als blijkt dat bij het aanvragen van de verzekering onjuiste of onvolledige informatie is gegeven.

\*Art 320 W.v.K. luidt: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.

Datum:

Handtekening aanvrager:

## **SMS/E-MAIL DIENSTEN**

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- Ja, ik geef toestemming aan Assuria N.V. om gratis informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.
- Nee, ik geef geen toestemming aan Assuria N.V. om informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.

### **TIPS EN INFO**

- ✓ Gaat u alstublieft na of u **alles hebt ingevuld**. Indien het formulier niet volledig is ingevuld en ondertekend, kan uw aanvraag helaas niet in behandeling genomen worden.
- ✓ Dit aanvraagformulier wordt in behandeling genomen als het binnen 1 maand na dagtekening is ontvangen door Assuria Schade Verzekering N.V.
- ✓ Neemt u de **polisvoorwaarden** grondig door en vraag indien nodig naar extra uitleg hierover, zodat u weet wat uw rechten en plichten zijn.
- ✓ Indien de risico factoren tussentijds wijzigen, bent u verplicht dit door te geven aan Assuria Schade Verzekering N.V. Het niet voldoen aan deze verplichting kan leiden tot nietigverklaring van de verzekering.

Naam tussenpersoon :

Tussenpersoonnummer: