

## AANVRAAGFORMULIER DELA UITVAARTVERZEKERING

aankruisen wat van toepassing is

**Verzekeringsnemer:**

**ingangsmaand:**

maand				jaar			

achternaam: ..... m / v  gehuwd  ongehuwd

1e voornaam (voluit): ..... telefoonnummer: .....

adres: ..... geboortedatum: .....

pc/plaats: ..... sofi-nummer: .....

### Te verzekeren personen:

nr.	achternaam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	1e voornaam (voluit)	M	V	geboortedatum	Verzekerde bedrag	Premie
<b>volwassenen</b>							
1	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	€ .....	€ .....
2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	€ .....	€ .....
<b>kinderen</b>							
1	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<div style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 5px; text-align: center;">                     Kinderen tot 18 jaar zijn                      GRATIS meeverzekerd                      voor het hoogst                      verzekerde bedrag van                      de volwassene(n)                      op de polis.                 </div>	
2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		

### Gezondheidsvragen: (hoeven alleen beantwoord te worden door personen van 18 jaar of ouder)

- Lijdt één van de te verzekeren personen aan een ziekte, aandoening of gebrek?  nee  ja, betreft persoon\*: .....

- Is één van de te verzekeren personen onder controle van een huisarts of de laatste drie jaar bij een specialist geweest?  nee  ja, betreft persoon\*: .....

\* Vult u hier het nummer in dat hierboven vóór de betreffende volwassene staat.

**Premieduur:**

tot en met 65 jaar  tot en met 80 jaar  eenmalige premiebetaling (koopsom)

**Wilt u de koopsom opvoeren als buitengewone uitgave:**

ja  nee  n.v.t.

**Verzorgingsclausule\*:**

ja  nee

\* Niet mogelijk bij koopsom

**Jaarlijkse indexering\*:**

ja  nee

\* Alleen gedurende de periode waarin premie wordt betaald

**Premiebetaling per:**

maand\*  kwartaal  halfjaar  jaar

\* Betaling per maand is alleen mogelijk door middel van automatische incasso.

**U stuurt deze aanvraag niet naar DELA Intermediair, maar voert deze snel en eenvoudig in op [www.DELAnet.nl](http://www.DELAnet.nl)**

### Machtiging:

Ondergetekende verleent tot wederopzegging toestemming om de verschuldigde premies van zijn/haar (post)bankrekening af te schrijven. Indien ondergetekende niet akkoord gaat met enige op grond van deze machtiging verrichte afschrijving kan hij/zij de (post)bank binnen 30 dagen opdracht geven tot terugstorting. Tevens kan ondergetekende de machtiging te allen tijde via DELA weer intrekken.

(Post)banknummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ondergetekende verklaart de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en is zich ervan bewust dat onjuistheden kunnen leiden tot nietigheid van de verzekering. Bij de aanvraag van een verzekering en/ of financiële dienst van DELA worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door DELA verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten (waaronder mede moet worden begrepen beheer van verzekeringspolissen en deelnames, incasseren van inleggelden, verzekeringspenningen en/ of -premies, uitkeren van verzekeringsgelden en verkoop van verzekeringen), het verlenen van financiële diensten, het verlenen van met overlijden samenhangende diensten, het beheren van relaties, het voorkomen en bestrijden van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op het vergroten van het klantenbestand. DELA kan deze gegevens ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.

# DELA

Datum

Handtekening verzekeringsnemer

Naam verzekeringsadviseur