

Funeral Care 6-90x.00000/NL versie 01.10.2021**VERZEKERINGSVOORSTEL**

N° voorstel :

1. VERZEKERINGSNEMER

Verzekeringnemer	
<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Vennootschap	
Naam :	Voornaam :
<i>(wettelijke vertegenwoordiger indien rechtspersoon)</i>	
Naam vennootschap : <i>(indien rechtspersoon)</i>	
Fiscaal identificatienummer (NIF *) /N° rijksregisternummer:	Fiscale woonplaats(en):
Telefoonnummer :	E- mail :
Adres :	
Postcode / Gemeente :	
Land :	Nationaliteit :
Plaats, geboortedatum / Oprichtingsdatum :	
Burgerlijke staat : <input type="radio"/> Vrijgezel <input type="radio"/> Getrouwd <input type="radio"/> Gescheiden <input type="radio"/> Samenwonend (wettelijk of niet-wettelijk) <input type="radio"/> Weduwe(naar)	
Beroep : <i>(indien gepensioneerd graag beroep vermelden voor pensionering)</i>	
Werkgever :	Activiteit onderneming :
Identificatie : Gecertificeerde copie conform <input type="radio"/> identiteitskaart of <input type="radio"/> paspoort Gecertificeerde copie conform of origineel van <input type="radio"/> uittreksel KBO en statuten (indien rechtspersoon)	

- Indien de verzekeringnemer een natuurlijk persoon is: gelieve een geldig identiteitsbewijs toe te voegen met foto (paspoort, identiteitskaart) met vermelding « kopie conform gecertificeerd », evenals de datum van certificering en de handtekening van de verzekeringstussenpersoon.
- Indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is: gelieve het origineel of een copie conform van een uittreksel uit het handelsregister of een soortgelijk document (statuten, oprichtingsakte, officiële vergunning die verzekeringnemer machtigt een economische activiteit uit te oefenen, een door de accountant bevestigd jaarverslag, aandeelhoudersovereenkomst), die maximaal 12 maand oud is.
- Indien van toepassing, moet een kopie van de identiteitskaart of het paspoort van de wettelijke vertegenwoordiger toegevoegd worden alsook een bewijs van zijn/haar bevoegdheid. Elk document moet door de verzekeringstussenpersoon voor kopie conform getekend worden met vermelding van de datum van ondertekening.
- (NIF*): Geef de landen weer waar u een fiscale verblijfplaats heeft alsook u respectievelijke fiscale identificatienummers (« NIF ») of een alternatief bij gebreke hieraan (vb rijksregisternummer). Gelieve hieronder de reden aan te geven indien er geen enkel fiscaal identificatienummer beschikbaar is :

Indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, moet een speciaal formulier ingevuld worden dat als bijlage aan het verzekeringsvoorstel dient toegevoegd te worden.

2. VERZEKERDE

1 ^{er} Verzekerde	
<input type="radio"/> Verzekeringnemer	<input type="radio"/> Andere
	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
Naam :	
Voornaam :	
Adres :	
Postcode / Gemeente :	
Land :	
Band met de verzekeringnemer :	
Nationaliteit :	
Plaats, geboortedatum :	
Identificatie : Gecertificeerde copie conform <input type="radio"/> identiteitskaart of <input type="radio"/> paspoort	

Medische vragenlijst

Lijdt u momenteel of heeft u in de loop van de 5 laatste jaren geleden aan een ziekte, een handicap of ernstig syndroom ?*

*De volgende ziekten, handicaps of syndromen worden als ernstig beschouwd:

- Aandoeningen van het zenuwstelsel of neuromusculaire aandoeningen (hersenbloeding, ziekte van Huntington, beroerte, multiple sclerose, ALS, epilepsie);
- Hart- en bloedvaataandoeningen (hart- en vaatziekten, infarct, trombose);
- Neoproliferatieve aandoeningen en bloedziekten (kanker, tumor, leukemie, hemofilie);
- Besmettelijke ziekten (HIV, hepatitis B en C);
- Longaandoeningen (COPD, longemfyseem, cystische fibrose);
- Nieraandoeningen (nierfalen, dialyse, transplantatie);
- Neuropsychiatrische stoornissen (psychose, schizofrenie, poging tot zelfmoord);
- Zeldzame ziekten.

JA

NEEN

Indien ja, gelieve te verduidelijken:

Heeft u medische onderzoeken moeten afleggen of wacht u op de resultaten van medische onderzoeken in verband met een ernstige ziekte, handicap of syndroom, zoals hierboven* staat vermeld ?

JA

NEEN

Indien ja, gelieve te verduidelijken :

Hebt u in de afgelopen 5 jaar een chemotherapie-, radiotherapie- of interferonbehandeling ondergaan ?

JA

NEEN

Indien ja, gelieve te verduidelijken :

Bent u voor een dergelijk type levensverzekering ooit geweigerd bij een andere verzekeraar ?

JA

NEEN

Indien ja, gelieve te verduidelijken :

Heeft u de afgelopen 3 jaar drugs gebruikt (zelfs lichte)?

JA

NEEN

Indien ja, gelieve te verduidelijken :

Gewicht :

Lengte :

- In geval van vrijwillige verzwijging en/of bewust onduidelijke of onvolledige mededeling, wordt het verzekeringscontract als nietig beschouwd. In het geval van opzettelijk verzwijgen en/of opzettelijk onjuist meedelen van informatie zal de verzekeringsovereenkomst nietig verklaard worden. De premies betaald tot op het ogenblik waarop de verzekeringsonderneming kennis heeft gekregen van het opzettelijk onjuist of onvolledig meedelen van de gegevens, zijn verworven in hoofde van de verzekeringsonderneming.
- In het geval van een fout met betrekking tot de geboortedatum van de verzekerde, worden de verzekerde waarborgen aangepast aan de juiste geboortedatum.

3. VERZEKERD(E) KIND(EREN)

1° Verzekerd kind		2° Verzekerd kind	
<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw		<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
Naam :		Naam :	
Voornaam :		Voornaam :	
Adres:		Adres :	
Postcode / Gemeente :		Postcode / Gemeente :	
Land :		Land :	
Nationaliteit :		Nationaliteit :	
Plaats, geboortedatum :		Plaats, geboortedatum:	
3° Verzekerd kind		4° Verzekerd kind	
<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw		<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
Naam :		Naam :	
Voornaam :		Voornaam :	
Adres :		Adres :	
Postcode / Gemeente :		Postcode / Gemeente :	
Land :		Land :	
Nationaliteit :		Nationaliteit :	
Plaats, geboortedatum:		Plaats, geboortedatum:	
5° Verzekerd kind		6° Verzekerd kind	
<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw		<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
Naam :		Naam :	
Voornaam :		Voornaam :	
Adres :		Adres :	
Postcode / Gemeente :		Postcode / Gemeente :	
Land :		Land :	
Nationaliteit :		Nationaliteit :	
Plaats, geboortedatum:		Plaats, geboortedatum:	

4 . CONTRACTVOORWAARDEN

Contractinformatie

Het contract wordt van kracht op datum ontvangst van de eenmalige premie of ontvangst van de eerste periodieke premie
 op volgende datum (*):

(*) kan nooit vroeger zijn dan datum ontvangst van de eenmalige of eerste periodieke premie

Duurtijd contract : levenslang

Overlijdenskapitaal in geval van overlijden in EUR :

3'000 4'000 5'000 6'000 7'000 8'000 9'000 10'000 11'000 12'000
 13'000 14'000 15'000

Optie : Wenst u een jaarlijkse indexering van 2% per jaar van het verzekerd kapitaal (**)?

JA NEEN

(**) indien u kiest voor jaarlijkse indexatie zal u premie jaarlijks stijgen met 3%.

Premie informatie

Eenmalige premie excl taksen : EUR

Eenmalige premie INCL taksen : EUR

Jaarpremie excl taksen : EUR

Jaarpremie INCL taksen : EUR

Premiesplitsing : maandelijks EUR

per maand

semestriële EUR

per semester

Dossierkosten : EUR taksen inbegrepen, te betalen bij eerste premie

(***) de eenmalige of periodieke premie (jaarlijks, maandelijks of semestriële) wordt verhoogd met de wettelijke taks. De periodieke premie is maximaal 30 jaar verschuldigd tot hoogstens de 90 jarige leeftijd van de verzekerde.

Bank waarvan de premie zal betaald worden

Domiciliëring :

Bank aan welke de premie zal gestort worden

Bank : BNP PARIBAS FORTIS

Houder rekening : CARES ASSISTANCE BVBA

IBAN : BE 14 0018 7659 9483

BIC/SWIFT : GEBABEBB

MEDEDELING : (naam verzekeringsnemer /
polisnummer

5. BEGUNSTIGDEN

In het geval van overlijden van de eerste verzekerde

Begrafenisondernemer (ten belope van de factuur):

Naam :

Adres:

Telefoon :

Email :

Verzekeringnemer (voor het eventuele saldo indien een begrafenisondernemer werd begunstigd) - standaard indien geen enkele begunstigde werd aangeduid

Wettelijke erfgenamen (standaard bij gebreke aan verzekeringnemer en indien geen enkele andere begunstigde werd aangeduid)

andere:

Naam, Voornaam/rechtspersoon :

Plaats, geboortedatum/Oprichtingsdatum:

Link met de verzekeringnemer :

6. BRIEFWISSELING

Correspondentieadres

Verzekeringnemer

Ander adres :

Naam / Vennootschap :

Adres:

Postcode / Gemeente :

Land:

Opmerking : de correspondentie wordt altijd verzonden naar het laatst bekende adres dat door de verzekeringnemer is meegedeeld. Alle correspondentie wordt geacht correct te zijn ontvangen door de verzekeringnemer, met inbegrip van de bijvoegsels en andere contractuele en juridische bijlagen, vanaf de vierde werkdag na de datum van verzending.

7. VERKLARINGEN

Vertrouwelijkheidsclausule

Elke verzekerde stemt hierbij in met het verzamelen van informatie met betrekking tot z'n gezondheid die noodzakelijk is voor de beoordeling van zijn/haar risico en vraag tot uitbetaling. Daartoe zijn artsen, verpleegkundigen, personeel van ziekenhuizen, andere zorginstellingen, bejaardentehuizen, zorginstellingen, zorg- en ziekteverzekeraars, evenals openbare en commerciële instellingen bevoegd en gemachtigd om medische informatie bekend te maken, voor zover een verzekerde door deze personen is onderzocht, geadviseerd of behandeld, indien de verzekerde gedurende de 10 jaar voorafgaand aan dit verzekeringsvoorstel aan deze instellingen een verzekering heeft gevraagd, indien deze wordt vermeld in de voorgelegde documenten of ze een medische behandeling hebben ondergaan in geval van de aanvraag tot bekomen van een schadevergoeding. Indien PrismaLife AG, na het sluiten van het contract, ondersteund met het nodige bewijs, vaststelt dat de bij de aanvraag meegedeelde informatie onjuist is, en dat gevolge hiervan de risicobeoordeling werd beïnvloed, ontslaat dit bovenvermelden van de verplichting tot vertrouwelijkheid en dit tot 10 jaar na het sluiten van het contract. Deze verklaring blijft geldig tot na het overlijden van elke verzekerde en kan op elk ogenblik herroepen worden

Herroepingsrecht

Ik begrijp dat ik als verzekeringsnemer het recht heb om binnen een maand na de datum waarop ik het verzekeringscontract ontvangen heb af te zien van dit contract, zonder enige verplichting mijn beslissing te rechtvaardigen. Hiervoor moet ik PrismaLife AG een verzoek sturen per aangetekend schrijven met ontvangstbewijs.

Een verzakingsbrief maakt de verzekeringsaanvraag en/of elke bevestiging van acceptatie ongeldig en ik zal gehouden zijn om elke kost gelinkt aan de opmaak van de polis, elke kost gelinkt aan een verzekeringsprestatie terug te betalen.

Impact van de verzaking voor of op einddatum van de periode van herroepingsrecht.

- Ik ben op de hoogte gebracht van mijn recht om me tijdens de herroepingstermijn te beroepen om mijn verzakingsrecht en me zodoende terug te trekken uit het verzekeringscontract en verzoek dat de overlijdensdekking van kracht wordt voor het einde van de herroepingstermijn. Ik begrijp dat in dat geval, als ik het contract tijdens de herroepingstermijn annuleer, PrismaLife AG de reeds betaalde premies zal terugbetalen na vermindering van het deel dat wordt gebruikt voor de dekking van het risico op overlijden te vermeerderen met eventuele belastingen en een kost van 50 euro.

Door dit formulier te ondertekenen, bevestig ik dat ik de algemene voorwaarden, de informatiefiche, de informatie voor de consument, ontvangen heb en ik verzoek dat deze verzekeringsovereenkomst wordt gesloten met PrismaLife AG. Ik bevestig dat ik deze documenten heb gelezen en begrijp dat ze integraal deel vormen van mijn contractuele relatie met PrismaLife AG. Ik verklaar verder dat ik alle vragen volledig en in alle eerlijkheid heb beantwoord.

Dit verzekeringsvoorstel, de algemene voorwaarden, de informatiefiche, de informatie voor de consument en alle andere consultatierapporten en verklaringen van de verzekeringsnemer vormen de basis van het verzekeringscontract. De door de verzekerden meegedeelde informatie heeft een wettelijke waarde die gelijkwaardig is aan die van de door de verzekeringsnemer meegedeelde informatie.

Handtekening verzekeringsnemer

Plaats, datum :

► Handtekening Verzekeringsnemer
(handtekening wettelijke vertegenwoordiger rechtspersoon)

Handtekening(en) van de verzekerde(n) indien verschillend van verzekeringnemer

Plaats, datum :

▶ handtekening verzekerde(n)

8. VERZEKERINGSTUSSENPERSOON

Handtekening tussenpersoon

Met mijn handtekening hieronder, bevestig ik dat ik de verzekeringnemer (of zijn wettelijke vertegenwoordiger, als het een rechtspersoon is) persoonlijk heb gezien en geïdentificeerd in overeenstemming met de interne richtlijnen van PrismaLife AG met betrekking tot de bestrijding van het witwassen van geld, en ik de herkomst van de gelden ken. Ik bevestig dat de bijgevoegde identificatiedocumenten conform zijn aan de originelen. Ik bevestig ook dat de handtekening van de verzekeringnemer (of die van zijn wettelijke vertegenwoordiger als de verzekeringnemer een rechtspersoon is) en die van de verzekerde persoon echt zijn. Ik bevestig ook dat ik bij het invullen van dit formulier alle wetten en voorschriften heb nageleefd die op mij van toepassing zijn en dat ik de verzekeringnemer een exemplaar van de algemene verzekeringsvoorwaarden heb bezorgd, informatie voor de consument, de infofiche, de kostentabel en dat ik hem heb geïnformeerd over de risico's die inherent zijn aan variabele levensverzekeringen.

Naam, Voornaam :

Bedrijfsnaam :

FSMA NUMMER :

▶ handtekening bemiddelaar

Plaats, datum :

9 . BEZOEKRAPPORT

Een gesprek omtrent het inherente risico van het verzekeringsproduct vond plaats met :

- de verzekeringsnemer de wettelijke vertegenwoordiger van de verzekeringsnemer

Het gesprek omtrent het risico werd gevoerd :

- mondeling, tijdens een gesprek op _____ in _____
- per telefoon op datum _____
- schriftelijk op datum _____

Opmerkingen over het gesprek :

Specifieke risico's en communicatie :

Handtekening verzekeringsnemer

Plaats, datum :

▶ handtekening verzekeringsnemer
(handtekening gevolmachtigde rechtspersoon)

Handtekening verzekeringstussenpersoon

Plaats, datum :

▶ handtekening verzekeringstussenpersoon