

Voorstel met invaliditeit

MAKELAAR:

Naam:
 Nummer: CBFA nr.:
 Tel.: Fax:
 Offertenr.: Ref. makelaar:

P	
PC	
FC	

Verzekeringnemer

Natuurlijk persoon

Naam en voornaam:
 Geboortedatum:/...../..... Geslacht: man vrouw
 Nationaliteit: Burgerlijke staat:
 Rijksnummer:
 Sociaal statuut: loontrekkende zelfstandige ander:

 Beroep (duidelijke omschrijving a.u.b.):

Adres:

Straat:
 Nr: Bus:
 Postnummer: Woonplaats:
 Nieuw adres: (in geval van verhuis)
 Straat:
 Nr: Bus:
 Postnummer: Woonplaats:
 Verhuis voorzien op:/...../.....

Rechtspersoon (kopie statuten toevoegen)

Naam en juridische vorm:
 Straat: Nr: Bus:
 Postnummer: Woonplaats:
 Activiteit: Ondernemingsnr.

Verzekerde

Naam en voornaam: Rijksnummer:
 Straat: Nr: Bus:
 Postnummer: Woonplaats:
 Geboortedatum:/...../..... Nationaliteit: Geslacht: man vrouw
 Beroep (duidelijke omschrijving a.u.b.):
 Sociaal statuut: loontrekkende zelfstandige ander:
 Burgerlijke staat:

Overlijdensverzekering

Aanvangskapitaal bij overlijden:
 Aanvangsdatum:/...../..... Is deze datum definitief? Ja Neen
 Einddatum:/...../.....
 Evolutie van het kapitaal: [] Constante mensualiteiten, jaarlijkse intrestvoet:%
 [] Vaste maandelijks kapitaalsaflossingen
 [] Constant kapitaal overlijden
 [] Andere: zie offerte in bijlage

Begunstiging bij overlijden

de personen die ingevolge het overlijden van de verzekerde de volle eigendom of het vruchtgebruik van de woning verwerven¹.
 de verzekeringnemer.
 of bij gebreke de echtgeno(o)t(e)/wettelijk samenwonende partner van de verzekeringnemer,
 of bij gebreke de kinderen van de verzekeringnemer,
 of bij gebreke de ouders van de verzekeringnemer,
 of bij gebreke andere (naam, geboortedatum, graad van verwantschap met de verzekerde):

 of bij gebreke de wettelijke erfgenamen.
 (1) Verplicht voor alle fiscale individuele levensverzekeringen voor hypothecair woonkrediet.
 Afstand van begunstiging aan:
 Dossiernummer: 1ste premie geïnd door kredietinstelling ja neen

Premiebetaling:		
Soort premie <input type="checkbox"/> constante premie <input type="checkbox"/> risicopremie	Periodiciteit <input type="checkbox"/> jaarlijks <input type="checkbox"/> per maand <input type="checkbox"/> halfjaarlijks <input type="checkbox"/> éénmalig <input type="checkbox"/> per kwartaal	Duur van de premiebetaling <input type="checkbox"/> idem duur van de verzekering <input type="checkbox"/> 2/3 duur van de verzekering <input type="checkbox"/> jaar maand <input type="checkbox"/> eindleeftijd 60 jaar <input type="checkbox"/> eindleeftijd 65 jaar <input type="checkbox"/> tot jaar

AVRO: neen 1 x 2 x aanvangskapitaal overlijden EUR (maximaal 2 x aanvangskapitaal overlijden)

Aanvullende dekkingen invaliditeit

Premievrijstelling (PV): ja neen

Rente Persoonlijk Inkomen (RPI) Bedrag rente per jaar: Einddatum waarborg: <input type="checkbox"/> zoals hoofdverzekering <input type="checkbox"/> Laatste premiebetaling op: <input type="checkbox"/> zoals hoofdverzekering <input type="checkbox"/> Soort rente: <input type="checkbox"/> constante rente <input type="checkbox"/> stijgend met 3% na schade Premiebetaling: <input type="checkbox"/> constante premies <input type="checkbox"/> jaarlijks stijgende risicopremies	Rente Algemene Kosten (RAK) Bedrag rente per jaar: Einddatum waarborg: <input type="checkbox"/> zoals hoofdverzekering <input type="checkbox"/> Laatste premiebetaling op: <input type="checkbox"/> zoals hoofdverzekering <input type="checkbox"/> Premiebetaling: <input type="checkbox"/> constante premies <input type="checkbox"/> jaarlijks stijgende risicopremies
--	---

Eigen risico periode: 30 dagen 60 dagen 90 dagen 180 dagen 365 dagen

Afkoop eigen risico periode: ja neen

Formule: ziekte en alle ongevallen ziekte en ongevallen privé-leven ziekte

Verklaring van de verzekerde in verband met rookgedrag

- Ik verklaar de voorbije 2 jaar niet gerookt te hebben.
 Ik verklaar te roken of tijdens de voorbije 2 jaar gerookt te hebben.

Ik, ondergetekende verklaar de voorgaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord en kennis te hebben genomen van de zware gevolgen – nietigheid van het contract, dus weigering de verzekerde waarborgen uit te betalen – waartoe het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens aanleiding kan geven (artikel 6 wet op de landverzekeringsovereenkomst). Ik verbind mij ertoe om aan mijn behandelende geneesheren alle informatie te vragen betreffende mijn gezondheidstoestand, noodzakelijk voor het afsluiten en de uitvoering van het contract, en om deze informatie te bezorgen aan de geneesheer-raadsheer van ZA Verzekeringen N.V. Ik geef toestemming aan mijn behandelende artsen om aan de adviserende artsen van de verzekeraar een verklaring af te geven over mijn doodsoorzaak in geval van overlijden. Hierbij geef ik mijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van de gegevens betreffende mijn gezondheid door de medische adviseur van ZA Verzekeringen en door de werknemers die belast zijn met de risico-acceptatie en de uitbetaling van de verzekerde premies, voor zover deze gegevens nodig zijn voor de correcte beoordeling van het risico en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Deze verwerking is vastgelegd in de wet van 08/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Datum:/...../..... Handtekening verzekerde

Verklaring van de verzekeringsnemer

Dient deze verzekering ter vervanging van een bestaand contract bij een andere maatschappij? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Is deze polis gekoppeld aan een hypothecair krediet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Fiscaliteit: <input type="checkbox"/> enige en eigen woning <input type="checkbox"/> lange termijnsparen <input type="checkbox"/> pensioensparen <input type="checkbox"/> niet fiscaal <input type="checkbox"/> individuele toezegging aan zelfstandige bedrijfsleiders <input type="checkbox"/> bedrijfsleidersverzekering <input type="checkbox"/> groepsverzekering (uitgezonderd ssv) Omschrijving van de categorie:
--	--

De kosten van een medisch onderzoek worden betaald door ZA Verzekeringen nv, evenwel beperkt tot het Assurallia-tarief en bij gebreke het RIZIV-tarief. Overeenkomstig het KB van 17 december 1992 betreffende de levensverzekering zullen de kosten van het medisch onderzoek gedragen worden door de kandidaat-verzekeringsnemer, indien de verzekering niet onderschreven wordt na een gunstig onderzoek dat geen enkele wijziging van de verzekerings- en/of premievoorwaarden tot gevolg had. Dit voorstel verplicht noch ZA Verzekeringen nv, noch de verzekeringsnemer het contract af te sluiten. Geen enkel bedrag mag worden geëist vóór het afsluiten van het contract. ZA Verzekeringen nv verbindt zich tot het afsluiten van het contract tenzij ze binnen 30 dagen na ontvangst van het voorstel de dekking heeft geweigerd of afhankelijk stelt van een aanvraag tot een onderzoek of bijkomende inlichtingen. De verwerking van de persoonsgegevens van de klanten in het bestand van ZA Verzekeringen nv heeft tot doel het analyseren van het te verzekeren risico, het beheren van de contracten en schadegevallen, het betalen van de verzekeringsommen, het maken van statistieken en het organiseren van commerciële acties. De betrokken personen hebben toegang tot deze gegevens, kunnen deze gegevens laten verbeteren en kunnen zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op marketingdoeleinden. Hiervoor dient de belanghebbende een gedagtekende en ondertekende aanvraag in te dienen bij de maatschappij samen met een fotokopie van zijn of haar identiteitskaart. Het openbaar register van de verwerking van gegevens kan worden geraadpleegd op het adres van de commissie voor de bescherming van de privé-levenssfeer, Waterloolaan 115 te 1000 Brussel. Tenzij verzet wordt aangetekend door het aankruisen van het hiernavolgende vakje, gaat iedere betrokken persoon ermee akkoord dat zijn of haar gegevens ook worden gebruikt voor direct marketingdoeleinden.

Datum:/...../..... Handtekening verzekeringsnemer

Vragenlijst invaliditeit

1. Bent u reeds verzekerd of verzekerd geweest tegen invaliditeit? ja neen
Indien ja, bij welke maatschappij?
Voor welke jaarrente (in euro)?
Waren er uitsluitingen of bijpremies?
Dient dit voorstel ter vervanging van de bestaande dekking? ja neen
2. Wat is uw hoofdberoep (met gedetailleerde omschrijving van de dagelijkse activiteiten)?
.....
Indien u bijkomende beroepsactiviteiten heeft, graag ook een omschrijving van de dagelijkse activiteiten:
.....
3. Maakt handenarbeid deel uit van uw beroepsactiviteiten? ja neen
4. Gebruikt u machines? ja neen
Indien ja, welke?
.....
5. Gebruikt u explosieve materialen, bijtende of makkelijk ontvlambare producten? ja neen
Indien ja, welke?
.....
6. Komt u in contact met radio-actieve producten of gebruikt u apparaten op basis van X-stralen of radiotherapie? ja neen
Indien ja, welke?
Bestralingsdosis?
7. Omvatten uw beroepsactiviteiten:
- Werken op een hoogte van meer dan 10 meter? ja neen
Indien ja, wenst u dit risico te verzekeren?
 - Werken in putten, ondergrondse mijnen of groeven? ja neen
Indien ja, wenst u dit risico te verzekeren?
 - Werken aan elektrische hoogspanningsinstallaties? ja neen
Indien ja, wenst u dit risico te verzekeren?
8. Onder welk regime van sociale zekerheid valt u?
 zelfstandige bediende arbeider
9. Wat was uw bruto aangegeven beroepsinkomen van het laatste jaar (in euro)?
10. Basis voor de bepaling van de rente "RAK": welke elementen werden in aanmerking genomen en hoe werd het bedrag van de rente bepaald (inkomen, leningslast, ...)?
.....
.....
.....
.....

Opmerking: indien rente RPI (Rente Persoonlijk Inkomen) > 25.000 EUR: bewijs van inkomsten toevoegen.

Datum:/...../.....

Handtekening verzekerde