Antilliaanse uitvaart Verzekerings Maatschappij N.V.
Saliña #206
Curaçao
Tel: 461 5585
www.avmcuracao.com

A.V.M. n.v.
uitvaartverzekeringen
seguro di entiero
www.avmcuracao.com

1. GEGEVENS VERZEKERINGSNEMER: **INGANGSDATUM:**
(deze rubriek altijd invullen)

Voornaam: _____
Achternaam: _____
Adres: _____
Woonplaats: _____
Geboorteplaats: _____
ID nummer: _____
Telefoon nummer: _____
Mobiel nummer: _____
Bank + nummer: _____
Email adres: _____

Naam en Voorletters Verzekerden	Adres & Woonplaats (indien afwijkend adres)	Lftd	Geboortedatum	M/V	ID Nummer
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

VERGEEET NIET DE GEZONDHEIDSVERKLARING ACHTERZIJDE IN TE VULLEN!!

Verz. Berdrag	Premie	Valuta	Duur	Wachttijd	Polisnr

Verklaring:
Ondergetekende verklaart, dat de vragen in dit aanvraagformulier gesteld, naar beste weten en naar waarheid zijn beantwoord en dat geen omstandigheden zijn verzwegen, die op de beoordeling van de gezondheidstoestand van invloed kunnen zijn. Het is de verzekeringsnemer bekend, dat de AVM GROEP N.V. zich op schorsing van de verzekeringsdekking kan beroepen bij onjuiste beantwoording van de in het aanvraagformulier gestelde vragen.

Premiebetaling: ☐ quincena ☐ per maand ☐ per kwartaal ☐ per jaar
Betaling: ☐ aan kantoor ☐ bank

Datum: **Handtekening aanvrager:**

Agent:

Agentennummer:

Handtekening Agent:

Seguro di entiero úniko, esun mas barata na Korsow

GEZONDHEIDSVERKLARING

	verz. 1	verz. 2	verz. 3	verz. 4	verz. 5	verz. 6
Beschikt u over een goede gezondheid?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Heeft u de afgelopen 5 jaar een ziekte of kwaal gehad?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Indien ja, welke ziekte en sinds hoelang?						
Heeft u de hiervoor een specialist of huisarts bezocht?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Naam huisarts of specialist:						
Gebruikt(e) u medicijnen?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Welke en hoeveel? (s.v.p. exact noteren)						
Hoe lang bent u en war is uw gewicht?	CM KG	CM KG	CM KG	CM KG	CM KG	CM KG
Indien Diabetes (suikerziekte) s.v.p. exact medicijn verbruik noteren plus gemiddelde bloedsuikerwaarden.						
Indien hoge bloeddruk (hypertensie) s.v.p. exact noteren plus de laatst gemeten bloeddrukwaarde.	...../..... *mm/Hg*	...../..... *mm/Hg*	...../..... *mm/Hg*	...../..... *mm/Hg*	...../..... *mm/Hg*	...../..... *mm/Hg*

Verklaring:

Ondergetekende verklaart, dat de vragen in dit formulier naar beste weten en naar waarheid zijn beantwoord en dat geen omstandigheden zijn verzwegen, die op de beoordeling van de gezondheidstoestand van invloed kunnen zijn. Het is de verzekerde bekend, dat de AVM GROEP N.V. zich op schorsing van de verzekeringsdekking kan beroepen bij onjuiste beantwoording van de in het aanvraagformulier gesteld vragen.

Ondergetekende machtigt hierbij tevens de huisarts en/of de behandelend specialist, indien gevraagd, alle gewenste inlichtingen omtrent de gezondheidstoestand van een der bovenstaande verzekerden, na overlijden aan de medisch adviseur van de A.V.M. N.V. te verstrekken.

	Handtekening: vez. 1	*Handtekening: vez. 2*	*Handtekening: vez. 3*	*Handtekening: vez. 4*	*Handtekening: vez. 5*	*Handtekening: vez. 6*

Doorhalen wat niet van toepassing is.

Antilliaanse uitvaart Verzekerings Maatschappij N.V.
Saliña #206
Curaçao
Tel: 461 5585
www.avmcuracao.com

A.V.M. n.v.
uitvaartverzekeringen
seguro di entiero
www.avmcuracao.com

1. GEGEVENS VERZEKERINGSNEMER: **INGANGSDATUM:**
(deze rubriek altijd invullen)

Voornaam: _____
Achternaam: _____
Adres: _____
Woonplaats: _____
Geboorteplaats: _____
ID nummer: _____
Telefoon nummer: _____
Mobiel nummer: _____
Bank + nummer: _____
Email adres: _____

Naam en Voorletters Verzekerden	Adres & Woonplaats (indien afwijkend adres)	Lftd	Geboortedatum	M/V	ID Nummer
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

VERGEEET NIET DE GEZONDHEIDSVERKLARING ACHTERZIJDE IN TE VULLEN!!

Verz. Berdrag	Premie	Valuta	Duur	Wachttijd	Polisnr

Verklaring:
Ondergetekende verklaart, dat de vragen in dit aanvraagformulier gesteld, naar beste weten en naar waarheid zijn beantwoord en dat geen omstandigheden zijn verzwegen, die op de beoordeling van de gezondheidstoestand van invloed kunnen zijn. Het is de verzekeringsnemer bekend, dat de AVM GROEP N.V. zich op schorsing van de verzekeringsdekking kan beroepen bij onjuiste beantwoording van de in het aanvraagformulier gestelde vragen.

Premiebetaling: ☐ quincena ☐ per maand ☐ per kwartaal ☐ per jaar
Betaling: ☐ aan kantoor ☐ bank

Datum: **Handtekening aanvrager:**

Agent:

Agentennummer:

Handtekening Agent:

Seguro di entiero úniko, esun mas barata na Korsow