

Aanvraagformulier offerte voor Blauwfort Plus lijfrente / Lijfrente Op Maat Verzekering

De Blauwfort Plus lijfrente is identiek aan de Lijfrente Op Maat van Conservatrix. Door het invullen van dit formulier kan Conservatrix een offerte voor Blauwfort plus/Lijfrente Op Maat Verzekering voor u samenstellen. Die offerte is voor u geheel vrijblijvend. De verzekering komt pas tot stand wanneer u akkoord gaat met de offerte en u het aparte aanvraagformulier voor de verzekering volledig heeft ingevuld. Op de verwerking door de verzekeraar van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. Een consumentenbrochure van deze gedragscode kan worden opgevraagd bij Blauwfort. De volledige tekst van deze gedragscode kan worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon 070-3338777, of via internet: www.verzekeraars.nl.



lijfrente advies

Postbus 10284 - 1001EG - Amsterdam
info@blauwfort.nl - www.blauwfort.nl

Dit formulier uitprinten, invullen en ondertekend opsturen naar: **Blauwfort Lijfrente Advies, Postbus 10284, 1001 EG, Amsterdam**

Verzekeringnemer (tevens (eerste) verzekerde)

Naam: man vrouw
Voornamen (eerste voluit): Geboortedatum: Burgerservicenummer:
Nationaliteit: Beroep/bedrijf: Telefoon:
Straat, postcode en woonplaats:

Tweede verzekerde

Naam: man vrouw
Voornamen (eerste voluit): Geboortedatum: Burgerservicenummer:
Nationaliteit: Beroep/bedrijf: Telefoon:
Straat, postcode en woonplaats:
Relatie tot verzekeringnemer:

Gewenste verzekeringsvorm

Koopsom: €
Ingangsdatum verzekering:
Duur periodieke uitkering: levenslang
Uitkeringsfrequentie: per maand kwartaal halfjaar jaar (uitkeringen steeds achteraf)

Overgang naar tweede verzekerde

100% naar tweede verzekerde 70% naar tweede verzekerde 70% naar langstlevende
 anders, namelijk

Machtiging

Bij De Lijfrente Op Maat Verzekering offreert Conservatrix mede op basis van medische toetsing(en) vooraf. Door de ondertekening van dit formulier machtigt(en) de verzekerde(n) de medische adviseur van de verzekeraar informatie over de actuele gezondheidstoestand van de verzekerde(n) op te vragen bij de betrokken huisarts(en) en/of medische specialist(en) inzake de ziekten, kwalen en/of gebreken als hierna ingevuld door de verzekerde(n):

(eerste) verzekerde:
.....
.....

tweede verzekerde:
.....
.....

na(a)m(en) en vestigingsplaats(en) van huisarts(en) en/of medische specialist(en):
.....
.....

Door de ondertekening van dit formulier verklaren de verzekerde(n) er kennis van te hebben dat de medische adviseur van de verzekeraar tot het oordeel kan komen dat de verkregen medische gegevens niet toereikend zijn en dat hij de verzekerde(n) kan verzoeken een medische keuring te ondergaan bij een opgegeven arts of specialist gevestigd in de naaste omgeving van de verzekerde(n). De verzekerde(n) beslissen al dan niet aan dat verzoek te voldoen. De kosten verbonden aan een medische keuring komen voor rekening van de verzekeraar.

Plaats: Datum:

Handtekening verzekeringnemer (tevens (eerste) verzekerde): Handtekening tweede verzekerde:

.....