

## AANVRAAGFORMULIER GROUP PLUS COLLECTIEVE ONGEVALLLENVERZEKERING

Naam bedrijf \_\_\_\_\_  
 Hoedanigheid \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_  
 Postcode en vestigingsplaats \_\_\_\_\_  
 Website \_\_\_\_\_  
 Inschrijving KvK \_\_\_\_\_  
 Gewenste ingangsdatum \_\_\_\_\_

| CATEGORIE   | DEKKINGSDUUR  | BASIS VAN DE DEKKING                         | OVERLIJDEN / BLIJVENDE INVALIDITEIT   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alle medewerkers<br>Fiscaal loon € _____   | <input type="checkbox"/> 24-uurs<br><input type="checkbox"/> Functiedekking | <input type="checkbox"/> Vast bedrag         | Overlijden € _____<br>Blijvende invaliditeit € _____  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Salaris gerelateerd | <input type="checkbox"/> 1 x jaarsalaris / 2 x jaarsalaris<br><input type="checkbox"/> 2 x jaarsalaris / 4 x jaarsalaris<br><input type="checkbox"/> anders jaarsalaris _____ x / _____ x |
| <input type="checkbox"/> Tijdelijke krachten<br>(oproepkrachten, stagiaires,<br>uitzendkrachten en<br>vakantiekrachten)<br>Aantal _____ | <input type="checkbox"/> Functiedekking                                     | <input type="checkbox"/> Vast bedrag         | <input type="checkbox"/> € 25.000 / € 50.000<br><input type="checkbox"/> € 50.000 / € 100.000<br><input type="checkbox"/> anders € _____ / € _____  |
| <input type="checkbox"/> Bedrijfs hulpverleners<br>Aantal _____   | <input type="checkbox"/> Functiedekking                                     | <input type="checkbox"/> Vast bedrag         | <input type="checkbox"/> € 25.000 / € 50.000<br><input type="checkbox"/> € 50.000 / € 100.000<br><input type="checkbox"/> anders € _____ / € _____  |
| <input type="checkbox"/> Anderen<br>Aantal _____  | <input type="checkbox"/> 24-uurs<br><input type="checkbox"/> Functiedekking | <input type="checkbox"/> Vast bedrag         | Overlijden € _____<br>Blijvende invaliditeit € _____  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Salaris gerelateerd | <input type="checkbox"/> 1 x jaarsalaris / 2 x jaarsalaris<br><input type="checkbox"/> 2 x jaarsalaris / 4 x jaarsalaris<br><input type="checkbox"/> anders jaarsalaris _____ x / _____ x |
| <b>ALGEMENE VRAGEN</b>  |   |  |   |
| Is een verzekerde van plan om in de komende 12 maanden naar Irak, Afghanistan, Tsjetsjenië, Somalië en/of Noord-Korea te reizen?        |   |  | Ja <input type="checkbox"/>   |
|   |   |  | Nee <input type="checkbox"/>  |

|   |   |   |                          |
|---|---|---|--------------------------|
| <p>Is een verzekerde woonachtig in het buitenland?</p> <p>Indien ja, staat deze op de loonlijst van de verzekeringnemer in Nederland?</p> <p>Indien deze niet op de loonlijst van de verzekeringnemer in Nederland, graag een toelichting.</p> <p>_____</p> | <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> | <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> |                          |
| <p>Worden er werkzaamheden verricht door werknemers zoals: duiken, werken op een hoogte van 4 meter of hoger, offshore, luchtvaart, leger, politie, brandweer of ambulancediensten?</p> <p>Indien ja graag een toelichting.</p> <p>_____</p>                | <p>Ja <input type="checkbox"/></p>                                    | <p>Nee <input type="checkbox"/></p>                                     |                          |
| <p>Zijn er verzekerden met een jaarsalaris boven € 250.000?</p> <p>Indien ja, het aantal personen en jaarsalaris.</p> <p>_____</p>  | <p>Ja <input type="checkbox"/></p>                                    | <p>Nee <input type="checkbox"/></p>                                     |                          |
| <p>Indien u één van bovenstaande vragen met ja heeft beantwoord, verzoeken wij u aan het einde van het formulier de verdere informatie te verstrekken.</p>  |   |   |                          |
| <p><b>SCHADEVERLEDEN</b></p>  |   |   |                          |
| <p>Jaar</p>   | <p>Uitbetaalde schade</p>   | <p>Openstaande schade</p>   | <p>Totaal schadelast</p> |
| <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>             |
| <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>             |
| <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>  | <p>_____</p>             |
| <p>Gelieve hieronder details te geven van de schadegevallen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>  |   |   |                          |
| <p><b>EVENTUELE AANVULLENDE INFORMATIE</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>  |   |   |                          |

**ONDERTEKENING**

Ondergetekende verklaart dit aanvraagformulier alsmede de eventuele bijlage(n) juist en volledig te hebben ingevuld, de op grond van dit aanvraagformulier op te maken polis te aanvaarden en de verschuldigde premie, kosten en assurantiebelasting tijdig te voldoen. Tevens verklaart ondergetekende bekend te zijn met de voor deze overeenkomst geldende polisvoorwaarden en contractduur. Een exemplaar van de voorwaarden ligt ter inzage bij AIG Europe, Netherlands en wordt op verzoek voor het sluiten van de verzekering toegezonden, maar in elk geval bij het afgeven van de polis.



Ondertekend te \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

Handtekening kandidaat verzekeringnemer

**GEGEVENS ASSURANTIE-ADVISEUR** (onderstaande alleen in te vullen door uw assurantie-adviseur)

Naam kantoor \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

Tussenpersoonnummer \_\_\_\_\_

De minimumpremie bedraagt € 500,00 per verzekeringsjaar

Gelieve deze aanvraag te e-mailen naar [bsd\\_nl@aig.com](mailto:bsd_nl@aig.com)

**Persoonsgegevens**

Het privacybeleid van het Nederlandse bijkantoor van AIG Europe S.A, ook wel handelend onder de naam AIG Europe, Netherlands, kan geraadpleegd worden via <https://www.aiginsurance.nl/privacybeleid> of u kunt een exemplaar aanvragen door te schrijven naar: AIG Europe, Netherlands, t.a.v. de Functionaris voor de gegevensbescherming, Rivium Boulevard 216 - 218, 2909 LK Capelle aan den IJssel of per e-mail via: [gegevensbescherming.nl@aig.com](mailto:gegevensbescherming.nl@aig.com). Voordat u ons persoonlijke informatie over een andere persoon verstrekt, moet u (tenzij wij anders zijn overeengekomen): (a) deze persoon informeren over de inhoud van deze verklaring en ons privacybeleid; en (b) (indien mogelijk) hun toestemming verkrijgen voor het delen van hun persoonlijke informatie met ons in overeenstemming met het privacybeleid.

AIG Europe S.A. is een verzekeringsonderneming met rechtspersoonlijkheid, opgericht naar het recht van Luxemburg en geregistreerd bij de Luxemburgse Kamer van Koophandel onder nummer B218806. Het hoofdkantoor van AIG Europe S.A. is gevestigd aan de 35D Avenue J.F. Kennedy te (L-1855) Luxemburg. <http://www.aig.lu/>  
AIG Europe S.A. is een schadeverzekeraar, heeft een vergunning van de Luxemburgse Minister van Financiën en staat onder toezicht van Commissariat aux Assurances. Het Nederlandse bijkantoor van AIG Europe S.A., ook wel handelend onder de naam AIG Europe, Netherlands, is gevestigd aan de Crystal Building B, Rivium Boulevard 216-218 te (2909 LK) Capelle aan den IJssel. Kamer van Koophandel nr: 71305491  
Correspondentieadres: AIG Europe, Netherlands, Postbus 8606, 3009 AP Rotterdam Tel.: +31 (0)10 453 54 55 BTW NL: NL858662590B01  
Bankrekening: NL09 ABNA 0254 0195 36 BIC: ABNANL2A.  
Ons privacybeleid vindt u op <http://www.aig.com/nl-privacybeleid>.