

# aanvraagformulier voor offerte

(Indien dit formulier gefaxt wordt naar EuroLloyd:  
020 - 673 00 23, dan originele formulier per post nazenden)

## CARRIÈRE STOP POLIS<sup>®</sup> of LLOYD'S OVERLIJDENS RISICO POLIS



### 1. WIE IS DE VERZEKERINGNEMER/KONTRAKTANT?

- De te verzekeren persoon wiens gegevens onder vraag 3 zijn gemeld (ga verder bij punt 2)
- Een ander natuurlijk persoon (ga verder bij **A**)
- Een rechtspersoon/bedrijf (ga verder bij **B**)
- } maak uw keuze

#### A. Achternaam:

Voornamen (1e voluit):

Geslacht:

 Man Vrouw

Geboortedatum:

Geb. plaats:

Nationaliteit:

Beroep:

t.w.:

 Zelfstandig Loondienst

Adres:

Postcode/plaats:

Relatie tot verzekerde:

Burgerlijke staat:

 Gehuwd Ongehuwd

#### B. Naam:

Aard bedrijf:

Adres:

Postcode/plaats:

Relatie tot verzekerde:

Contactpersoon:

Telefoonnummer:

### 2. GEWENSTE DEKKINGEN, VERZEKERDE SOMMEN EN INGANGSDATUM

LLOYD'S OVERLIJDENS RISICO POLIS

Verzekerde som (min. € 50.000,-):

€

*Vul gegevens begunstiging in bij punt 2.1*

CARRIÈRE STOP POLIS

A) Kapitaal bij Overlijden

Verzekerde som (min. € 25.000,-):

€

B) Kapitaal bij gehele of gedeeltelijke  
blijvende invaliditeit

Verzekerde som (min. € 25.000,-):

€

C) Kapitaal bij leven in geval van onafwendbaar sterven binnen 2 jaar na schademelding blijvende invaliditeit. (De verzekerde som voor deze rubriek is gelijk aan de omvang van rubriek A voor zover deze de omvang van rubriek B niet overtreft)

*Vul gegevens begunstiging in bij punt 2.1*

Gewenste ingangsdatum:

zo spoedig mogelijk na medische acceptatie,  
indien mogelijk per: \_\_\_\_\_

anders, te weten: \_\_\_\_\_

## 2.1. BEGUNSTIGING

### Belangrijke medeling in verband met begunstiging.

Indien de Carrière Stop Polis wordt aangevraagd door een werkgever ten behoeve van een werknemer, dan raden wij u ten zeerste aan in overweging te nemen om de werkgever als begunstigde op de polis te laten aantekenen voor zowel de uitkering bij overlijden als bij blijvende invaliditeit. Sinds een Arrest van de Hoge Raad in 2001 zijn werkgevers namelijk aansprakelijk voor de financiële gevolgen als een werknemer (ook indien eigen schuld) tijdens diensttijd blijvend invalide raakt of komt te overlijden. De uitkering uit hoofde van de Carrière Stop Polis kan de werkgever in zo'n geval aanwenden om het bedrag waarvoor deze aansprakelijk wordt gesteld te betalen. Aangezien de Carrière Stop Polis ook ziekten dekt die voortvloeien uit of ontstaan tijdens uitoefening van het beroep van verzekerde, ontstaat aldus een vangnet voor het vergoeden van schade.

#### OVERLIJDEN

Begunstiging zal in onderstaande volgorde gelden, tenzij hiernaast een andere begunstiging is aangegeven:

a. verzekeringnemer

a: \_\_\_\_\_

b. diens weduwe/weduwenaar

b: \_\_\_\_\_

c. diens kinderen

c: \_\_\_\_\_

d. diens erfgenamen

d: \_\_\_\_\_

Zijn er op het leven van de te verzekerde persoon in de afgelopen 3 jaar levensverzekeringen met overlijdensrisico afgesloten? Zo ja, bij welke maatschappijen en voor welke bedragen?

Nee

Ja:

Maatschappij: \_\_\_\_\_

Bedragen: \_\_\_\_\_

Is/wordt er op het leven van de te verzekerde persoon elders ook een levensverzekering met overlijdensrisico aangevraagd? Zo ja, bij welke maatschappijen en voor welke bedragen?

Nee

Ja:

Maatschappij: \_\_\_\_\_

Bedragen: \_\_\_\_\_

#### BLIJVENDE INVALIDITEIT

Doorgaans is de te verzekerde persoon (zie vraag 3) de begunstigde bij een eventueel recht op uitkering bij blijvende invaliditeit. Indien een andere begunstiging wordt gewenst,

gaarne opgave: De begunstigde is:

de te verzekerde persoon

de verzekeringnemer/kontraktant

anders t.w.: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voornamen: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Geb.plaats: \_\_\_\_\_

## 3. VRAGEN OVER DE TE VERZEKEREN PERSOON:

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voornamen (1e voluit): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geb.plaats: \_\_\_\_\_

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

Geslacht:

Man

Vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/plaats: \_\_\_\_\_

Eventueel vast adres in buitenland  
tevens vermelden: \_\_\_\_\_

n.v.t.

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

werk: \_\_\_\_\_

privé: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat:  Gehuwd  Ongehuwd

Lengte: \_\_\_\_\_ cm.

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg.

Is uw gewicht het afgelopen jaar gelijkgebleven / toegenomen / afgenomen? \_\_\_\_\_

#### 4. WAAR MOET U BIJ DE INVULLING VAN DE GEZONDHEIDSVERKLARING AAN DENKEN?

Ook als uw gezondheidstoestand ooit aanleiding heeft gegeven tot bepaalde klachten waarvan u meent dat deze "slechts" onbelangrijk waren, dient u die toch te vermelden. Zo komt het nogal eens voor dat men de vraag of men wel eens een specialist heeft geraadpleegd met "neen" beantwoordt, omdat de desbetreffende arts geen afwijking heeft geconstateerd of geen behandeling nodig achtte. Toch moet het feit dat u bent onderzocht en andere gevraagde gegevens - in uw ogen misschien onbelangrijke - worden vermeld, opdat de geneeskundig adviseur een zo goed mogelijk en afgewogen oordeel kan geven. Hoe vollediger de informatie, des te beter geschiedt de acceptatie.

Ook op vragen welke eventueel bij een eerdere gelegenheid reeds door u werden beantwoord, wordt thans opnieuw een antwoord van u gevraagd. Het is mogelijk dat de geneeskundig adviseur meer informatie gewenst acht. Om die te verkrijgen kan hij b.v. een (aanvullende) keuring door een arts vragen.

Beroep/nevenberoep(en): t.w.: \_\_\_\_\_  Zelfstandig  Loondienst

Brengen uw beroepsbezigheden wel eens met zich mee dat u zich bevindt op bouwsteigers, bouwplaatsen, schepen of andere gevaarlijke plaatsen?  Nee  Ja

Zo ja, welke en hoe vaak? \_\_\_\_\_

Maakt u bij de uitoefening van uw beroep wel eens gebruik van chemicaliën, bijtende stoffen, ontplofbare stoffen, radioactieve stralingen of -bronnen, machines, apparaten e.d.? Zo ja, welke en hoe vaak?  Nee  Ja

\_\_\_\_\_

Hoe is de verdeling van uw werkzaamheden?

	% administratief	% technisch
	_____	_____
	% toezichthoudend	% buitendienst
	_____	_____
	% anders, te weten: _____	

Beschrijf uw dagelijkse beroepsbezigheden nader: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke takken van sport beoefent u? \_\_\_\_\_

Ontvangt u daarvoor enige vergoeding?  Nee  Ja € \_\_\_\_\_,- per jaar

Zo ja, is deze vergoeding hoger dan de feitelijke kosten?  Nee  Ja

Berijdt u wel eens een motorrijwiel of scooter?  Nee  Ja

cylinderinhoud: \_\_\_\_\_ cc.

Zo ja, moet het risico van het berijden hiervan meeverzekerd worden?  Nee  Ja

Naar welke landen buiten West-Europa reist u wel eens, behoudens voor vakanties? \_\_\_\_\_

Woont, verblijft of werkt u op dit moment in het buitenland, of bent u voornemens dit op korte termijn te gaan doen?  Nee  Ja

Zo ja, welk land betreft het en voor hoe lang woont/verblijft/werkt u daar? \_\_\_\_\_

Stellen uw beroep, levenswijze of liefhebberijen u specifiek bloot aan ziekten of ongevallen?  Nee  Ja, omdat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ondervindt u lichamelijke beperkingen bij het verrichten van uw werk?  
Zo ja, welke en sinds wanneer?

Nee  Ja:

Bent u afgekeurd voor militaire dienst?  
Zo ja, waarop?

Nee  Ja:  n.v.t.

Bent u ooit afgekeurd voor een betrekking?  
Zo ja, waarop en wanneer?

Nee  Ja:

Wie is uw huisarts?

Plaats:

Heeft u in de afgelopen 3 jaren een huisarts geraadpleegd?  
Zo ja, waarvoor, heeft u nog klachten?

Nee  Ja:

Rookt u?  
Zo ja, sinds wanneer, wat en hoeveel per dag?

Nee  Ja:

Heeft u in het verleden gerookt? Zo ja, wanneer, hoelang, wat en hoeveel per dag?

Nee  Ja:

Gebruikt u alcoholische dranken?  
Zo ja, welke en hoeveel maximaal per dag?

Nee  Ja:

## 5. VRAGEN OVER UW FAMILIE

In leven?

Leeftijd(en):

Gezondheidstoestand of oorzaak overlijden + leeftijd:

Vader  Ja  Nee

Moeder  Ja  Nee

Broers  Ja  Nee  nvt

Zusters  Ja  Nee  nvt

Kinderen  Ja  Nee  nvt

Heeft u klachten m.b.t. uw gezondheid?  
Zo ja, welke en wanneer?

Nee  Ja:

Heeft u ooit een ernstig ongeval of ziekte gehad met blijvende klachten?  
Zo ja, welke en wanneer?

Nee  Ja:

Is het gehoor aan één of beide oren gestoord?  
Zo ja, waardoor, in welke mate en sinds wanneer?

Nee  Ja:

Is het gezichtsvermogen van één of beide ogen gestoord?

Nee  Ja

Draagt u een bril of contact-lenzen?

Bril  Contact-lenzen  n.v.t.

Zo ja, welke sterkte?

Links: Rechts:

Is uw gezichtsvermogen met bril/contactlenzen normaal?

Nee  Ja

Heeft u wel eens medisch specialisten geraadpleegd?

Nee  Ja:

Zo ja, waarvoor, wanneer, naam ziekenhuis, welke specialist(en)?

Bent u wel eens behandeld door een fysiotherapeut?

Nee  Ja:

Zo ja, waarvoor, wanneer, waar en door wie?

Bent u wel eens behandeld op basis van een alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie, e.d.)?

Nee  Ja:

Zo ja, waarvoor, wanneer, waar en door wie?

Staat u nog onder controle of behandeling van één van genoemde behandelaars?

Nee  Ja, bij:

Heeft u ooit een operatie ondergaan?

Nee  Ja:

Zo ja, gaarne specificatie (waarvoor, naam specialist, ziekenhuis)

Heeft u ooit een kuur ondergaan met rust, dieet, inspuitingen en dergelijke?

Nee  Ja:

Zo ja, gaarne specificatie (welke, waarvoor, wanneer en hoelang)

Houdt u thans een dieet?

Nee  Ja:

Zo ja, waarvoor

Heeft u wel eens een periodiek geneeskundig onderzoek of controle ondergaan?

Nee  Ja:

Zo ja, gaarne specificatie (waarvoor, wanneer en met welk resultaat)

## 6. INDIEN U TWIJFELT BIJ DE BEANTWOORDING VAN VRAGEN OP MEDISCH GEBIED, RAADPLEEG DAN UW HUISARTS!

Lijdt u of bent u lijdende geweest aan één van de onderstaande ziekten of ziekte-verschijnselen?

overwerktheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	open been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
overspanning	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	bloedarmoede	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
toevallen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	trombose	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
flauwtes	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	leukemie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
duizelingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	aambeien	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
hoofdpijnen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	loopoor	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
beklemmingen op de borst	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	herhaalde angina (tonsillitis)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	longaandoeningen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
kortademigheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	ziekte van alveesklier	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	prostaat-vergroting	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
ziekte van hart of bloedvaten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	verlammingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
asthma	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	geestesziekten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
tuberculose	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	gevoelsstoornissen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
pleuritis	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	loopstoornissen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
bronchitis	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	nervositeit	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
langdurig hoesten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	migraine	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
maagaandoening	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	te trage of te sterke werking van de schildklier	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
leveraandoening	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	eczeem	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
aandoening aan darmen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	lendenspit	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
nieraandoening	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	breuken (b.v. lies)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
aandoening aan galblaas	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	infecties van klieren	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
aandoening aan urinewegen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	typhus	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
aandoening aan ledematen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	roodvonk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
gewrichtsaandoening	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	beenmergontsteking	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
rheuma (acuut of chronisch)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	Engelse ziekte	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
kinderverlamming	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	difterie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
hernia	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	enige andere ziekte, kwaal of gebrek?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
ischias	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	zwaarmoedigheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
rugklachten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	neerslachtigheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
huid-aandoeningen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja			
huidgezwollen (pukkels)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja			
spataderen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja			

Als u op één van de bovenstaande vragen JA heeft geantwoord, gelieve u op de volgende pagina nadere inlichtingen te verstrekken

Wat:	Wanneer:	Welke behandeling:	Heeft u nog klachten?

Gebruikt u medicijnen en/of heeft u in het verleden medicijnen gebruikt?  Nee  Ja: Zo ja, gaarne specificatie (waarvoor, welke, wanneer, hoelang)

Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium of andere verpleeginrichting?  Nee  Ja: Zo ja, gaarne specificatie (waarvoor, welke instelling, wanneer, hoelang)

Heeft u de laatste 5 jaar uw werk om gezondheidsredenen langer dan 2 weken aaneen (gedeeltelijk of volledig) onderbroken?  Nee  Ja: Zo ja, gaarne specificatie (waarom, wanneer, hoelang kon u niet werken)

Is uw bloed wel eens onderzocht, bijv. op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?  Nee  Ja: Zo ja, gaarne specificatie (waarom, wanneer, waarop, met welk resultaat)

Heeft u Aids?  Nee  Ja  
 Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetroffen (bent u seropositief)?  Nee  Ja  
 Heeft u in het buitenland wel eens een bloedtransfusie ondergaan?  Nee  Ja, wanneer, waarom en in welk land?

Gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs?  Nee  Ja: heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuitjes) gebruikt?  Nee  Ja

Wordt u thans, of bent u de afgelopen periode van vijf jaren, behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?  Nee  Ja: Zo ja, welke aandoening

Heeft een verzekeraar of diens medisch adviseur u ooit een ongeval-, invaliditeits-, levens-, ziekte- of arbeidsongeschiktheidsverzekering geweigerd of alleen tegen hogere premie of beperkte voorwaarden willen aanvaarden?  Nee  Ja: Zo ja, gaarne specificatie (soort verzekering, welke verzekeraar, waarom, welke maatregel)

Heeft u feiten te melden omtrent een eventueel strafrechtelijk verleden van u of van een belanghebbende, voorgevallen in de afgelopen 8 jaar of andere feiten (zowel t.a.v. de persoon van de aanvrager als andere personen) die voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang kunnen zijn?  Nee  Ja: Zo ja, dan gaarne bijzonderheden.

Bij bevestigende beantwoording kunt u deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.

Heeft u overigens nog iets mede te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag voor verzekeraars van belang kan zijn?

Nee

Ja:

Zo ja, gaarne specificaties:

---

---

**Dan vervolgen wij dit document met één vraag en veel informatie welke op grond van nieuwe wettelijke verplichtingen noodzakelijk aan u verstrekt dienen te worden bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst.**

De W.G.B.O. (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) geeft u het recht als eerste van de medisch adviseur te vernemen welk advies de medisch adviseur aan de verzekeraar zal uitbrengen.

Ook kunt u beslissen of hij dat advies mag uitbrengen. Dit is van belang als het advies afwijzing, premie- opslag of afwijkende voorwaarden inhoudt. Wij nemen aan dat u ermee akkoord gaat dat de medisch adviseur een gunstig advies (acceptatie op normale voorwaarden) direkt aan ons kan doorgeven. Indien u als eerste wenst te worden geïnformeerd over een afwijkend advies (afwijzing, premie-opslag, andere voorwaarden), dan kunt u dit schriftelijk op de gezondheidsverklaring aangeven.

De medisch adviseur zal u dan vooraf schriftelijk op de hoogte stellen. Pas als u de medisch adviseur toestemming heeft gegeven om zijn advies aan verzekeraars uit te brengen, mogen deze het advies verwerken in een acceptatievoorstel of afwijzing.

U dient er rekening mee te houden dat de hierboven omschreven procedure vertragend werkt en dus van invloed kan zijn op de gewenste ingangsdatum.

Gaat u ermee akkoord dat de medisch adviseur van verzekeraars een advies inhoudende afwijzing, premie-opslag of afwijkende voorwaarden (gebaseerd op een gezondheidsverklaring en/of keuring en eventuele aanvullende onderzoeken) zonder overleg met u aan ons uitbrengt?

Nee

Ja

Indien u deze vraag met JA beantwoordt, dan zal de medisch adviseur van verzekeraars u NIET vooraf op de hoogte stellen van zijn advies.

**Privacy reglement.**

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door/namens verzekeraars gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 20 juli 1990. Een afschrift van het formulier ligt voor een ieder ter inzage bij EuroLloyd Verzekeringen te Amsterdam.

**Toelichting artikel 251 Wetboek van Koophandel.**

Dit artikel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard en schadevergoeding kan worden geweigerd, indien bij het aanvragen ervan onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt (zgn. 'verzwijging'). De plicht om informatie te verstrekken omvat alles wat voor verzekeraars van belang kan zijn voor de beoordeling van zowel het te verzekeren risico als van de persoon van de aanvrager en/of kandidaat verzekerde(n).

**BELANGRIJKE SLOTVERKLARING (geeft tevens de werkmethode weer).**

Ondergetekende(n), kennis dragende van Art. 251 Wetboek van Koophandel, verklaart (verklaren) hierbij dat zijn/haar (hun) opgaven juist en volledig zijn en de ware antwoorden op de gestelde vragen zijn en dat hij (zij) generlei omstandigheid, welke verzekeraars moest worden meegedeeld, verzwegen of verkeerd voorgedragen heeft (hebben). Aanvrager(s) erkent (erkennen) ermee bekend te zijn, dat dit aanvraagformulier de grondslag van de onderhavige verzekering zal vormen, welke verzekering door aanvrager(s) pas als 'DEFINITIEF AFGESLOTEN' kan worden beschouwd, zodra aan de navolgende twee punten is voldaan, nl.:

1. dat de aanvrager zich accoord heeft verklaard met de door verzekeraars verlangde premie en voorwaarden zoals deze in de hierna op te maken offerte van EuroLloyd Verzekeringen zullen zijn weergegeven.
2. dat door EuroLloyd Verzekeringen een schriftelijk bewijs van gearrangeerde dekking is afgegeven.

Plaats:

Datum:

---

---

Handtekening te verzekeren persoon

Handtekening verzekeringnemer/aanvrager

---

---

Naam en adres van uw verzekeringsadviseur

**Euroloyd Verzekeringen**

Minervaplein / Michelangelostraat 67  
1077 BW Amsterdam. Tel. 020-673 75 77. Fax. 020 - 673 00 23