

ELFSTEDEN POLIS®



1. AANVRAGER

Naam en Voorletters _____

Adres _____

Postcode/woonplaats _____

2. Wanneer reist u af

Datum _____

en naar welke eindbestemming ?

Bestemming _____

3. Wat kost het om vanaf die lokatie naar Amsterdam te vliegen en terug ?

Verzekerde som = € _____

4. Hoe lang zal de reis duren ?

_____ dagen t.w. tot en met de datum

Ondergetekende gaat akkoord met het afsluiten van een Elfstedenpolis. Met de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden verklaar ik mij akkoord. Het verschuldigde bedrag voor premie en kosten zal ik op eerste verzoek voldoen na ontvangst van de dekkings bevestiging.

Plaats:

Datum:

Handtekening verzekeringnemer

Naam en adres van uw verzekeringsadviseur

Euroloyd Verzekeringen

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