SPAARBELEG

100% DOCHTER VAN AEGON

INSCHRIJFFORMULIER RENDEMENTPLAN voor uw kind

INTERMEDIAIR

JA, IK NEEM EEN RENDEMENTPLAN VOOR MIJN KIND

Ik doe mee met RendementPlan voor mijn kind voor een basis inleg van EUR ....,.... per maand (minimaal EUR 25,- en maximaal EUR 500,-per maand), gedurende ..... jaar (minimaal 10, maximaal 40 jaar). Daarnaast doe ik een eenmalige eerste storting van EUR ....,....

GEGEVENS OUDER/VOOGD

Naam .....

Voorletters ..... ❑ de heer ❑ mevrouw

Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Telefoon ..... Sofi-nummer .....

E-mailadres ..... Land van ingezetenschap .....

Heeft u al een RenteRekening, vul dan hier uw nummer in |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Zo niet, dan openen wij voor u een RenteRekening. Vul daarvoor het nummer in van uw bank- of girorekening. Deze rekening fungeert dan als uw tegenrekening. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

GEGEVENS KIND

Voor - en achternaam .....

Voorletters ..... ❑ jongen ❑ meisje

Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres .....

Postcode .....

Woonplaats .....

BETAALWIJZE

❑ Ik machtig Spaarbeleg tot automatische incasso van de inleg en eventuele premies van het bank / girorekeningnummer |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❑ Ik maak zelf de inleg over naar RendementPlan voor mijn kind

JA, IK KIES HIER VOOR DE ZORGGARANTIE

Indien u ZorgGarantie Premievrijstelling kiest, dan zal de door u gekozen inleg vermeerderd worden met de te betalen premie. De vermelde premie op dit inschrijfformulier is een indicatieprijs bij een inleg van EUR 50,- per maand. De op uw situatie van toepassing zijnde premie zal zichtbaar zijn op uw certificaat of offerte.

	premievoorbeeld
❑ ZorgGarantie Premievrijstelling	EUR. 3,20 (man 30 jaar, looptijd 10 jaar)

Indien u voor ZorgGarantie heeft gekozen, dan dient u altijd de gezondheidsverklaring inclusief toelichting op de achterzijde van dit inschrijfformulier in te vullen.

Inschrijvingen, welke voor de 1ste van de maand bij Spaarbeleg binnen zijn, zullen de 1ste beursdag van de volgende maand ingaan.

ONDERTEKENING

Graag ontvang ik het welkomstpakket van RendementPlan voor mijn kind met o.a. de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden. Ik heb tot 10 dagen voor ingangsdatum het recht om zonder kosten of verdere verplichtingen RendementPlan voor mijn kind op te zeggen. Ik verklaar bekend te zijn met de voorwaarden en ga daarmee akkoord.

Handtekening ..... **Datum** .....

Naam adviseur: TP.nr.:

Uw persoonsgegevens zullen door Spaarbeleg worden verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en om de dienstverlening van de AEGON groep uit te breiden. Op deze verwerking is de gedragscode van de brancheorganisatie van toepassing.

AEGON Bank N.V. (Handelsregister 30100799) en Spaarbeleg Kas N.V. (Handelsregister 3001360) opereren onder de naam Spaarbeleg.

RP3.19.3

Gezondheidsverklaring RendementPlan

GEZONDHEIDSVERKLARING

Kiest u voor ZorgGarantie Premievrijstelling dan dient u onderstaande gezondheidsverklaring in te vullen.

Graag aankruisen wat van toepassing is.

1. Noteer:	uw lengte in cm	.....	
	uw gewicht in kg	.....	
2. Lijdt u of hebt u geleden aan:		neen	ja
a. Ziekten van hart of bloedvaten		❑	❑
b. Ziekten van maag of ingewanden		❑	❑
c. Aandoeningen in het zenuwstelsel etc.		❑	❑
d. Enige andere ziekte, kwaal of gebrek		❑	❑
3. Bent u onder doktersbehandeling of controle?		❑	❑
4. Gebruikt u medicijnen?		❑	❑
5. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholestorol) of geelzucht (hepatitus A en B)		❑	❑
6. Hebt u aids?		❑	❑
7. Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond?		❑	❑
8. Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat?			
9. Heeft u al een levensverzekering die uitkeert bij overlijden, anders dan in combinatie met een hypotheek?		❑	❑
Zo ja, voor welk verzekerd bedrag?			

TOELICHTING OP DE GEZONDHEIDSVERKLARING

Doel van de gezondheidsverklaring

Het doel van de gezondheidsverklaring is de geneeskundig adviseur van Spaarbeleg in staat te stellen te adviseren op welke voorwaarden de aangevraagde levensverzekering kan worden geaccepteerd.

Het is dan ook belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn. Met een juist en volledig ingevulde gezondheidsverklaring voorkomt u dat Spaarbeleg de verzekering kan vernietigen als gevolg van verzwijging.

Voor informatie inzake het medisch advies

Het advies van de geneeskundig adviseur kan inhouden dat de verzekering op normale voorwaarden of op bijzondere voorwaarden of in het geheel niet kan worden geaccepteerd. U hebt het recht als eerste van de geneeskundig adviseur te vernemen welk advies hij aan de verzekeraar van plan is uit te brengen. Indien u als eerste op de hoogte wil worden gesteld van een advies de verzekering tegen een hogere premie of afwijkende voorwaarden te sluiten, dan dient u een hiertoe rechtstreeks schriftelijk verzoek aan de geneeskundig adviseur van Spaarbeleg te richten.

TOELICHTING

Indien "ja" moet worden ingevuld, toelichting geven

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Getekend te ..... datum .....

.....

(handtekening verzekerde)

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op bovenstaande vragen door hem/haar zijn ingevuld en naar waarheid en volledig zijn gegeven. Ondergetekende is zich er van bewust dat een later blijkende onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval of wijzigingen in de rechten voortvloeiend uit de overeenkomst. Spaarbeleg controleert bij overlijden de oorzaak hiervan en behoudt zich het recht voor medische gegevens bij de huisarts op te vragen.