

Collectieve ongevallenverzekering

ACL Verzekeringen
Postbus 314
7570 AH OLDENZAAL
Tel. 0541-571179

- Aanvraag nieuwe verzekering
- Aanvraag offerte
- Wijziging bestaande verzekering onder polisnummer: _____

Ingangs-/wijzigingsdatum : _____

Naam tussenpersoon: _____ TP-nummer: _____

ALGEMEEN

Verzekeringnemer _____
Naam en voorletters _____
Handelsnaam _____
KvK nummer (kopie inschrijving meezenden) _____
Rechtsvorm _____
Indien geen BV of NV dan a.u.b. opgave
namen van alle eigenaren/firmanten _____

Adres _____
Postcode/Plaatsnaam _____
Telefoon _____
Website _____
E-mailadres _____
IBAN nummer _____
BTW verrekenen: Nee Ja

BEDRIJFSACTIVITEIT

Omschrijving van activiteiten/aard van het
te verzekeren bedrijf/beroep _____

Vinden er activiteiten in het buitenland
plaats Nee Ja
Zo ja, soort activiteit in welk land _____

Vinden er activiteiten op hoogte plaats Nee Ja
Zo ja, soort activiteit _____

GEGEVENS OVER DE VERZEKERDEN

Totaal aantal te verzekeren werknemers _____
Verdeling op basis van werkzaamheden directieleden: productie: bouw:
 commercieel/ administratief: vertegenwoordiger: _____
Hoe groot was het jaarloon* vorig boekjaar € _____
*(opgegeven jaarloon belastingdienst)
Geldt de verzekering voor het gehele
personeelsbestand? Nee Ja
Zo nee, voor welke werknemers is de
verzekering bedoeld? _____

Dienen uitzendkrachten/stagiaires/
vrijwilligers meeverzekerd te worden?
Zo ja, aantal

Nee Ja
 uitzendkrachten: stagiaires: vrijwilligers:

GEWENSTE VERZEKERDE BEDRAGEN

Werknemers vast dienstverband/part-timers:

Rubriek A: verzekerd bedrag voor overlijden

1x jaarloon 2 keer jaarloon
 Vast bedrag € (max. € 250.000)

Rubriek B: verzekerd bedrag voor blijvende invaliditeit

1x jaarloon 2 keer jaarloon
 Vast bedrag € (max. € 250.000)

Indien meeverzekerd

Leden, vrijwilligers, leerlingen, uitzendkrachten, stagiaires:

Rubriek A: verzekerd bedrag voor overlijden

Vast bedrag € 12.500

Rubriek B: verzekerd bedrag voor blijvende invaliditeit

Vast bedrag € 25.000

Rubriek A: verzekerd bedrag voor overlijden

Vast bedrag € 25.000

Rubriek B: verzekerd bedrag voor blijvende invaliditeit

Vast bedrag € 50.000

Contractduur 1 jaar

Heeft u eerder een collectieve ongevallen-
verzekering gesloten?

Nee Ja

Zo ja, van welke datum

Welke maatschappij

Polisnummer

PREMIEBETALING

Betalingstermijn

maand* kwartaal half jaar jaar

Wijze van betalen

automatische afschrijving** nota

* maandbetaling alleen via automatische afschrijving ** machtiging wordt verleend door ondertekening van dit formulier

SLOTVRAGEN

Bent u of een kandidaat-medeverzekerde ooit geconfronteerd met de opzegging of weigering van een verzekering?

nee ja

- soort verzekering _____

- naam verzekeraar _____

- reden afwijzing _____

Bent u of een kandidaat-medeverzekerde bekend met een ingestelde aanspraak of met een omstandigheid waarvan in redelijkheid kan worden aangenomen dat deze zal leiden tot een schadeclaim, geschil, procedure of juridisch probleem waarvoor een beroep zou kunnen worden gedaan op de door u aangevraagde verzekering(en) of die voor de risicobeoordeling van belang zou kunnen zijn?

nee ja, toelichting _____

Heeft u of kandidaat-medeverzekerde feiten te melden omtrent een eventueel strafrechtelijk verleden van u of van kandidaat medeverzekerde, die binnen de afgelopen 8 jaar zijn voorgevallen?

nee ja, toelichting _____

Heeft u nog iets mede te delen, hetzij omtrent het te verzekeren risico, hetzij omtrent de persoon van de aanvrager en/of verzekerde, dat voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang zou kunnen zijn?

nee ja, te weten _____

Toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk en naar waarheid te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op en bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt. Vragen waarvan u het antwoord al bij de verzekeraar bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de verzekeraar u heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan de verzekeraar mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier. Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op dekking wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Belangrijk: lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaart de aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer dat hij een verzekering wil sluiten tegen de in voorwaarden van de verzekering omschreven dekking, en dat hij akkoord gaat met de toepasselijkheid van de daarbij behorende, en daarmee een geheel vormende, voorwaarden van de verzekering. De polisvoorwaarden liggen bij ACL Verzekeringen ter inzage en worden op verzoek voor het afsluiten van de verzekering kosteloos toegezonden. Ook kunt u de polisvoorwaarden lezen op de website van aclverzekeringen.nl. Verder heeft u de mogelijkheid om binnen 14 dagen na ontvangst van de polis, van de verzekering af te zien.

Doorlopende SEPA machtiging

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan ACL Verzekeringen om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van ACL Verzekeringen. ACL Verzekeringen zal u informeren over de te incasseren bedragen.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

ACL Verzekeringen ID: NL92ZZZ081892790000, IBAN:: NL85ABNA0425645894, BIC: ABNANL2A

Persoonsregistratie

De persoonsgegevens en eventuele andere gegevens die u bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekt, worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties met inbegrip van het melden van claims, het voorkomen en bestrijden van verzekeringscriminaliteit/fraude en marketingactiviteiten. Daarnaast worden de gegevens verwerkt om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de verzekeraar bovengenoemde gegevens en claimgegevens raadplegen.

U kunt de persoonsgegevens welke geregistreerd zijn laten aanpassen. Meer informatie hierover vindt u op www.aclverzekeringen.nl bij Privacy Statement.

De verzekeraar kan de gegevens welke nodig zijn voor de dienstverlening uitwisselen met uw adviseur. Daarnaast kunnen er andere bedrijven worden ingeschakeld om diensten uit te voeren welke te maken hebben met de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraar blijft verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens.

Door het aangaan van deze overeenkomst geeft u toestemming voor het verwerken, melden en raadplegen van uw persoonsgegevens ten behoeve van de hierboven genoemde activiteiten.

Statutaire vestiging

ACL Verzekeringen is statutair gevestigd te Oldenzaal en houdt kantoor aan de Hanzepoort 25, 7575 DB Oldenzaal in Nederland.

Registratie AFM

ACL Verzekeringen staat ingeschreven in het register van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onder nummer 12019719

Klachten

Klachten naar aanleiding van (het sluiten van) de overeenkomst kunt u schriftelijk indienen bij de directie van ACL Verzekeringen, Postbus 314, 7570 AH Oldenzaal. Als deze klachtbehandeling niet leidt tot een voor u bevredigend resultaat, kunt u zich wenden tot: Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KIFID), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, T 0900 - 355 22 48.

Ondertekening

Naam aanvrager _____ **M/V**
Functie _____
Datum _____

Handtekening