

IN BLOKLETTERS INVULLEN

UW BEDRIJFSGEGEVENS (verzekeringnemer dient een B.V., N.V., Maatschap of Stichting te zijn)

Naam verzekeringnemer			
Adres bedrijf:	Aard v/h bedrijf:		

GEGEVENS VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

Achternaam:			Voornamen:			
Adresgegevens:	Geboortedatum:	dag	maand	jaar		
	Geslacht:	Man / Vrouw				
	Tel. Nr.:					
	Fax Nr.:					
Email adres:						
Nationaliteit:						
Beroep:						
Beroepswerkzaamheden:						
Huidige bruto salaris:						

ATLAS INCOME

Gewenste uitkering: <i>Uitkering maximaal 80% van brutosalaris</i>						
Eindleeftijd in jaren *	60	61	62	63	64	65
Valuta	Antilliaanse/Arubaanse Florin			Amerikaanse Dollar		
Eigen risico termijn:	90 dagen			1 jaar		
Uitkering klassensysteem *	2 klassen			3 klassen		7 klassen

* Alleen van toepassing op het risico van het 2e en volgende jaren van de a.o. Tijdens 1e jaar is altijd 3 klassensysteem en 60 jaar van toepassing

Heeft u elders arbeidsongeschiktheidsdekking?

Zo ja, details?

ATLAS LIFE

Gewenste kapitaal: <i>Kapitaal minimaal 1x brutosalaris</i>			
Valuta	Antilliaanse/Arubaanse Florin	Amerikaanse Dollar	
Heeft u elders levensverzekeringen lopen?			
Zo ja, verzekerd bedrag en naam verzekeraar:			

Aanvullende informatie:

INTERNATIONAL INSURANCE BROKERS

Fokkerweg 6, P.O. BOX 4885
Curacao, Netherlands Antilles

L.G. Smith Boulevard 162
Oranjestad, Aruba

Tel +5999 465 7766
Fax +5999 465 6561
Email info@atlasinsurance.com
Web www.atlasinsurance.com

Tel +297 583 8160
Fax +297 583 8186
Email info@atlasinsurance.com
Web www.atlasinsurance.com

Ondergetekende verklaart dat de gestelde vragen volledig en naar waarheid zijn beantwoord.
Ondergetekende is zich ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan.

Handtekening:

Datum: