

Begæring Ulykke Plus

Du hører snarest fra os vedr. police og evt. overtagelse

Forsikrede, ud over forsikringstager

Voksen 2 + Cpr:

Børn + Cpr:

+ Cpr

Forsikringstager (personlige oplysninger jf. bilforsikring)

Navn

Cpr-nr:

Børn

Dækning/risikogruppe:

Heltid 1: Administrativ (kontor mv.)

Heltid 2: Lettere manuelt og skiftende arb. pladser

Heltid 3: Overvejende fysisk betonet/transport

Heltid 4: Farefuldt (stillads, boreplatform, savværk mv)

Fritid: Min. 20 timers arbejdsuge

Børn – standard invaliditet 1.000.000

Sum:

0 / 700.000

0 / 1.000.000

0 / 1.500.000

0 / 2.000.000

500.000 / 1.000.000

1.000.000 / 2.000.000

Dækning fra méngrad 5 %. Tandskade og briller, samt dobbelt erstatning fra 30 % méngrad.

Farlig sport (boksning, karate, selvforsvar og anden kampsport):

Voksen 1

Voksen 2

Børn

Årlig præmie (med evt. samlerabat) _____

Halvårlig (+2%)

Kvartårlig (+3%)

Månedlig (+5%)

ABCforsikring bedes opsig mine/vores nuværende forsikringer med kort varsel (løbende måned + 30 dage)

Til hovedforfald

Selskab _____ Policenr. _____

Samtykke

Når du skriver under nedenfor, accepterer du, at vi må indhente og videregive alle relevante kundeoplysninger – dog ikke helbredsoplysninger – hos tidligere forsikringselskab(er) om dine og din husstands forsikringsforhold i forbindelse med indtegning og skader. Der videregives alene oplysninger til betroede partnere i aftalen (skadehåndtering og rejsedækning).

Der gives samtykke til at indhente og videregive oplysninger om følgende

- Årsag til opsigelse i tidligere selskab (hvis denne er ophørt)
- Opsigelsesdato (ophørsdato i nuværende selskab)
- Skadeforløb (antal skader, skadernes størrelse, art og skadedato)
- Skærpede vilkår

Erklæring

Når du skriver under nedenfor erklærer du, at

- ovenstående afgivne oplysninger er i overensstemmelse med de faktiske forhold.
- der er svaret på alle de stillede spørgsmål
- du eller andre medlemmer af husstanden ikke er registreret i Experian A/S (RKI) eller andet debitorregister
- ikke er under konkurs eller konkursbehandling
- du giver tilladelse til at vi må trække betalinger via BS, på den bestående aftale i selskabet

Evt. bemærkninger:

Jeg/vi begærer forsikring tegnet iht. gældende forsikringsbetingelser for ABCforsikring, coverholder for Gefion Insurance A/S (se forsikringsvilkår på abcforsikring.dk) og bekræfter ikke at være opsagt af andet forsikringselskab inden for de seneste 5 år.

* Årlig indeksering

_____ den _____ / _____ 2015

Forsikringstagers underskrift (evt. NemID)