

Deelnameformulier Doorlopende Reis- en Annuleringsverzekering DVN**Verzekeringsnemer**

Naam en voorletters : M/V

Adres :

Postcode, woonplaats : Telefoon :

Geboortedatum :

Andere chronische aandoening(en) naast diabetes mellitus:

Partner

Naam en voorletters : M/V

Geboortedatum :

Andere chronische aandoening(en) naast diabetes mellitus:

Kinderen

Kind 1: Naam en voorletters : M/V

Geboortedatum :

Andere chronische aandoening(en) naast diabetes mellitus:

Kind 2: Naam en voorletters : M/V

Geboortedatum :

Andere chronische aandoening(en) naast diabetes mellitus:

Kind 3: Naam en voorletters :M/V

Geboortedatum :

Andere chronische aandoening(en) naast diabetes mellitus:

Keuze dekking **Nederland-dekking** Alleenstaande Standaard Uitgebreid
 Gezinsdekking Standaard Uitgebreid **Wereld-dekking** Alleenstaande Standaard Uitgebreid verhoging annuleringsdekking
 Gezinsdekking Standaard Uitgebreid verhoging annuleringsdekking

Ingangsdatum:

Begunstigden Te betalen jaarpremie € Te betalen maandpremie €

Ik ga ermee akkoord dat de premie automatisch wordt afgeschreven van mijn bank- of girorekening.

Bank/gironummer :

Datum :

Handtekening :

Vul ook pagina 2 in van dit formulier op de volgende pagina > >**Postadres**
Postbus 470
3830 AM Leusden
Bezoekadres
Fokkerstraat 17
3833 LD Leusden**Telefoon**
033 463 05 66
Fax
033 463 09 30www.dvn.nl
info@dvn.nl**Bank**
Postbank 40.12.46
ING 65.27.30.000
KvK Gooi- en Eemland
40476341

U bent verplicht alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Ook de vragen waarvan u onderstelt dat het antwoord al bij ons bekend is. 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. De in deze aanvraag verstrekte gegevens vormen de basis voor de af te sluiten verzekering. Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op vergoeding wordt beperkt of zelfs vervalft. 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 recht de verzekering op te zeggen. De maatschappij behoudt zich het recht voor af te wijken van de gebruikelijke tarieven en voorwaarden. U verklaart met ondertekening van dit formulier dat deze waarheidsgetrouw is ingevuld en dat u hiermee de aangevraagde verzekering wilt verkrijgen. Na het afsluiten van de verzekering ontvangt u de polis en de polisvoorwaarden. U heeft dan 14 dagen bedenktijd.

De opgegeven persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing. Een afschrift hiervan ligt voor een ieder ter inzage. De polissen worden afgegeven door Chartis Insurance.

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van Ocean Groepsverzekeringen. Wanneer het oordeel van Ocean voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KiFiD"), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, (www.kifid.nl)

Wanneer u geen gebruik wilt maken van deze mogelijkheid van klachtenafhandeling, of u vindt de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

Slotvragen:

Is ooit een door u (of andere belanghebbende bij deze verzekering) aangevraagde verzekering geweigerd, opgezegd of zijn bijzondere voorwaarden gesteld?

Ja / Nee (omcirkel uw antwoord)

Bent u (of een andere belanghebbende bij deze verzekering) is de laatste 8 jaar als verdachte of ter uitvoering van een opgelegde (straf) maatregel in aanraking geweest met politie en/of justitie?

Ja / Nee (omcirkel uw antwoord)

Stuur dit aanvraagformulier volledig en juist ingevuld terug voor de ingangsdatum. Indien u de verzekering wilt opzeggen dient u dit schriftelijk te doen.

Datum:

Handtekening:

U kunt het formulier opsturen naar:

Diabetesvereniging Nederland, Antwoordnummer 4005, 3830 VB Leusden (geen postzegel nodig).
DVN controleert uw lidmaatschap waarna uw aanvraag naar Ocean Groepsverzekeringen wordt verstuurd.

Postadres
Postbus 470
3830 AM Leusden
Bezoekadres
Fokkerstraat 17
3833 LD Leusden

Telefoon
033 463 05 66
Fax
033 463 09 30

www.dvn.nl
info@dvn.nl

Bank
Postbank 40.12.46
ING 65.27.30.000
KvK Gooi- en Eemland
40476341