

**BERICHT aan secretariaat MedFinD,  
Fax 038 4448360 of [info@medfind.nl](mailto:info@medfind.nl)**

**AIOS polis**

**Uw naam** : .....M / V

**Adres** : .....

**Postcode / Plaats** : .....

**Telefoon** : .....

**E-mail** : .....

**Betreft** : Offerte aanvraag voor een nieuwe AIOS polis

**Uitgangspunten:**

- uw geboortedatum : .....
- in opleiding tot : .....(beroep)
- voltooiing van de opleiding verwacht per : .....(datum)
- gewenste ingangsdatum AIOSpolis : .....
- gewenste eindleeftijd van de polis : 65 / 60 / anders .....
- huidig bruto loon per maand € .....
- gewenste jaarlijkse uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid : ..... % (max. 100% jaarsalaris)
- premiebetaling per : jaar / kwartaal / maand
  
- gewenste ongevallen dekking € 0 / 200.000 / 300.000 / 400.000

Opmerking of vraag:

.....  
.....

Met vriendelijke groet,