



Aanvraag aanvullende arbeidsongeschiktheidsrente bij een levensverzekering

Gegevens verzekeringnemer

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ nationaliteit: _____

Telefoonnummer: _____ (post-)bankrekeningnummer: _____

Gegevens verzekerde

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Eerste naam voluit: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ nationaliteit: _____

Burgerlijke staat: gehuwd geregistreerd partner ongehuwd gescheiden samenwonend

Gegevens hoofdverzekering

Indien bekend offertenummer: _____

Verzekeringsvorm: _____ tariefcode: _____

Kapitaal: € _____

Ingangsdatum: _____ verzekeringsduur: _____ jaar

Gegevens aanvullende arbeidsongeschiktheidsrente

Te verzekeren jaarlijkse AO-rente: eerstejaarsrisico: € _____ per jaar (3 maanden wachttijd) (alleen mogelijk voor zelfstandige/dga)

na-eerstejaarsrisico: € _____ per jaar (1 jaar wachttijd)

na-tweedejaarsrisico: € _____ per jaar (2 jaar wachttijd) (alleen mogelijk voor werknemers)

Waz-dekking meeverzekeren? ja nee

Verzekeringsvorm: gelijkblijvend 3% stijgend na ingang van het na-eerstejaarsrisico of na-tweedejaarsrisico

Klassensysteem: 3 klassensysteem 7 klassensysteem

Beoordelingscriterium: maatschappijbeoordeling WAO-volgend (niet mogelijk voor zelfstandige/dga)

Wachttijd: 12 maanden 24 maanden (niet mogelijk voor zelfstandige/dga)

Verzekeringsduur: _____ jaar

Eindleeftijd: _____ jaar 50 jaar 55 jaar 60 jaar 62 jaar 65 jaar

Is de keuring al geregeld? ja nee Zo ja, wanneer en bij welke arts? _____

Beroep, bedrijf en opleiding

1 Wat is uw beroep? _____

2 Hebt u een nevenberoep? _____

ja nee Zo ja, in loondienst? ja nee

Welke werkzaamheden? _____

3 Waaruit bestaan uw dagelijkse bezigheden? _____

4 Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? _____

5 De arbeid is (in uren per week): _____

leidinggevend _____ uur per week administratief _____ uur per week

commercieel _____ uur per week handarbeid _____ uur per week

6 Reist u beroepshalve veel in het buitenland? _____

ja nee Zo ja, gemiddeld _____ dagen per jaar

7 Hoeveel km reist u per auto voor uw beroep? _____

_____ km per jaar

8 Werkt u met machines of (las)apparaten? _____

ja nee Zo ja, welke? _____

9 Werkt u op daken, steigers, bouwwerken, schepen of met laders? _____

ja nee

10a Hoe lang oefent u uw huidige beroep uit? _____

b Indien zelfstandig: hoe lang oefent u zelfstandig bedrijf uit? _____

11 Welke beroepen hebt u sinds uw schooltijd uitgeoefend? _____

12 Welke opleiding werd door u genoten?
(school- en vakopleidingen en/of cursussen vermelden)

13 Is het bedrijf uw eigendom?

Zo ja, hoeveel mensen hebt u in dienst?

14 Waar is het bedrijf gevestigd?

15 Welke rechtsvorm heeft uw bedrijf?

Indien BV of NV houdt u direct of indirect ten minste 10% van het geplaatste kapitaal in de vennootschap?

16 Staat u/uw bedrijf ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel?

17a Hoe was uw winstaandeel uit onderneming, of bij loondienst, uw bruto inkomen uit arbeid volgens uw aangifte ingevolge de Wet op de inkomstenbelasting gemiddeld in de afgelopen drie jaar:

Deze opgave heeft betrekking op:

b Vormen de aangevraagde jaarrenten, vermeerderd met overige arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen (zoals Waz, WAO, elders lopende verzekeringen) 80% of minder van uw inkomen/winst als omschreven in lid a?

18 Voert u zelf uw administratie?

19 Werken uw echtgeno(o)t(e) en/of kinderen mee?

Zo ja, waaruit bestaan deze werkzaamheden?

Hoeveel uur per week?

20 Moet het risico van het besturen van motor of scooter meeverzekerd worden? (alleen voor verzekerden t/m 22 jaar) (zonder extra premie gedekt voor verzekerden vanaf 23 jaar)

21 Welke sporten beoefent u en welke hobby's hebt u?

ja nee

_____ personen

adres: _____

postcode en plaatsnaam: _____

ja nee

ja nee

minder dan € 12.500,- € 37.500,- tot € 50.000,-

€ 12.500,- tot € 25.000,- € 50.000,- tot € 75.000,-

€ 25.000,- tot € 37.500,- meer dan € 75.000,-

huidig bedrijf/beroep vorig bedrijf/beroep

ja nee Zo nee, graag toelichting

ja nee

ja nee

ja nee

Andere verzekeringen

1 Bent u verzekerd krachtens de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)?

ja nee Zo ja, voor welk bedrag € _____

2 Hebt u reeds een verzekering of vraagt u thans ook elders een verzekering aan voor ongevallen, ziekengeld of arbeidsongeschiktheid?

Zo ja, bij welke instelling, voor welke bedragen en welke uitkeringsduur?

ja nee

3 Hebt u reeds vroeger een levensverzekering of verzekeringen tegen ongevallen, ziekte, ziektekosten of arbeidsongeschiktheid aangevraagd?

Zo ja, wat voor verzekering en bij welke maatschappij?

ja nee

4 Deze aanvraag is bedoeld als:

- nieuwe verzekering
 vervanging van een lopende verzekering
 verhoging van een lopende verzekering
 vervanging van WAO
 aanvulling op de dekking krachtens WAO

5 Bent u in de laatste drie jaar gekeurd voor enige verzekeringsmaatschappij?

Zo ja, wanneer, voor welke verzekering en voor welke maatschappij?

ja nee

Uitkeringen

1 Geniet u thans een uitkering uit hoofde van één of meer sociale verzekeringswetten?

Zo ja, krachtens welke wet en op basis van welk percentage?

ja nee

2 Hebt u wel eens een uitkering ontvangen wegens arbeidsongeschiktheid, ongeval of ziekte?

Zo ja, van welke instantie, op welke gronden en hoe lang?

ja nee

3 Is u een dergelijke uitkering wel eens geweigerd?
Zo ja, graag toelichting:

ja nee

Overige mededelingen

a Werd aan u ooit een verzekering van welke aard dan ook geweigerd of opgezegd of werden er beperkende bepalingen of premieverhogingen voorgesteld?
Zo ja, door welke maatschappij(en), wanneer en waarom?

ja nee

b Hebt u feiten te melden over een strafrechtelijk verleden, die binnen de afgelopen acht jaar zijn voorgevallen?*

ja nee

c Hebt u nog iets mee te delen (met betrekking tot het te verzekeren risico of uzelf of een andere belanghebbende) dat voor De Amersfoortse voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn?*

ja nee

* Desgewenst kunt u deze informatie vertrouwelijk aan de directie zenden.

Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord. Het is ondergetekende bekend dat bij een onjuiste en/of onvolledige beantwoording of verzwijging De Amersfoortse zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren. Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met de bij deze verzekering behorende aanvullende voorwaarden, die na acceptatie van deze aanvraag zullen worden uitgereikt. Deze bij De Amersfoortse ter inzage liggende voorwaarden worden op verzoek nu reeds toegezonden.

Plaats:

datum:

jaar:

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening verzekerde:

.
.
.
.
.

.
.
.
.
.

Assurantieadviseur:

Relatienummer:

Gezondheidsverklaring

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan De Amersfoortse of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt of in vraag 3A een categorie aankruist, moet u altijd een toelichting geven. Hebt u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts hebt bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat De Amersfoortse een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan De Amersfoortse doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van De Amersfoortse of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting bij de gezondheidsverklaring onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

1 Algemene gegevens

Wie wordt de verzekerde?

Naam _____ man vrouw
Voornamen: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Beroep: _____
Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden? _____
Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? _____ uur
De werkzaamheden bestaan uit: Handenarbeid _____ uur Administratie _____ uur
Leiding geven/toezicht houden _____ uur Reizen _____ uur
Sinds wanneer? _____
Wie is uw huisarts? _____
Adres _____
Postcode en woonplaats: _____

2 Persoonlijke gezondheidsgegevens

Wat is uw lengte? _____ cm
Wat is uw gewicht? _____ kg
Rookt u of hebt u gerookt? nee ja
Vanaf welke leeftijd? _____
Tot wanneer? _____
Wat rookt(e) u? _____
Hoeveel rookt(e) u per dag? _____
Drinkt u alcoholische dranken? nee ja
Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag? _____
Welke drank(en)? _____
Gebruikt u drugs of hebt u drugs gebruikt? nee ja
Vanaf welke leeftijd? _____
Tot wanneer? _____
Welke drugs? _____
Hoe vaak gebruikt(e) u gemiddeld per week? _____

Arts of hulpverlener

Hebt u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: specialist, fysiotherapeut, therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

nee ja

Welke arts of hulpverlener hebt u bezocht (naam en specialisme)?

Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener?

Staat u nog onder controle?

nee ja

Hebt u nog klachten?

nee ja

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

nee ja

Welke medicijnen zijn voorgeschreven?

Gebruikt u deze nog?

ja, in welke dosering? _____

nee sinds wanneer gestopt? _____

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?

nee ja

Wanneer bent u opgenomen? _____

In welk ziekenhuis? _____

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Bent u geopereerd?

nee ja

Wanneer bent u geopereerd? _____

In welk ziekenhuis? _____

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Blijvende gevolgen na een ongeval

Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht, het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen hebt overgehouden?

nee ja

Wanneer gebeurde dit ongeval? _____

Wat zijn de medische gevolgen ervan? _____

4 Werkzaamheden

Hebt u de laatste 5 jaar twee weken of langer achtereen geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken?

nee ja

Hoe lang hebt u niet gewerkt? _____

Waarom hebt u niet gewerkt? _____

Wanneer was dit? _____

Is dit nog het geval? _____

Werkt u thans volledig?

nee ja

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 ingevulde aandoening, ziekte of gebrek niet kunt of kon uitvoeren (hier vallen ook klachten onder)?

nee ja

Welke taken kunt u niet uitvoeren? _____

Sinds wanneer? _____

Is dit nu nog het geval? nee ja

Bent u door een bij vraag 3 ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)?

nee ja

Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? _____

Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt? _____

Hoe lang? _____

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd?

nee ja

Wanneer bent u afgekeurd? _____

Om welke reden? _____

Door welke instantie? _____

5 Bloedonderzoek

Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?

nee ja

Waarom werd uw bloed onderzocht? _____

Waarop werd uw bloed onderzocht? _____

Wanneer vond dit onderzoek plaats? _____

Wat was het resultaat? _____

6 Aids en HIV

Als u een van deze vragen met 'Ja' beantwoordt, kan een HIV-test deel uitmaken van de aanvullende medische keuring. U kunt in de Toelichting lezen onder welke voorwaarden dit het geval is.

Hebt u aids?

nee ja

Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?

nee ja

Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?

nee ja

Wanneer _____

In welk land? _____

Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs?

nee ja

Hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt? ja nee

Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?

nee ja

Welke aandoening? _____

7 Gehoor en gezichtsvermogen

Hebt u een gehoorstoornis?

nee ja Links Rechts Beide oren

Wat is de oorzaak? _____

Hebt u een stoornis in het gezichtsvermogen?

nee ja Links Rechts Beide ogen

Wat is de oorzaak? _____

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

nee ja Sterkte links _____ Sterkte rechts _____

8 Vragen over uw familieleden

Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek.

Heeft uw vader, moeder en/of broers of zusters geleden (of lijdt nog) aan hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoeningen van psychische aard?

nee ja Vul dan onderstaande vragen in

	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Aandoening van psychische aard
Vader				
Welke aandoening?	_____	_____	_____	_____
Vanaf welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Moeder				
Welke aandoening?	_____	_____	_____	_____
Vanaf welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Broer/zus				
Welke aandoening?	_____	_____	_____	_____
Vanaf welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Broer/zus				
Welke aandoening?	_____	_____	_____	_____
Vanaf welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?	_____	_____	_____	_____

9 Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats: _____ datum: _____

Handtekening verzekerde: _____ Aantal bijlagen: _____
(bij minderjarigheid ouder/voogd):
.....
.....
.....
.....
.....

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van De Amersfoortse onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.

Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur:

