

## Aanvraag Woonlasten AOV met WW-dekking

### Gegevensverwerking

Bij deze aanvraag worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door De Amersfoortse verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van deze verzekeringsovereenkomst en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude.

#### A. Verzekeringnemer

Naam en voorletters:   man  vrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:  Nationaliteit:

Telefoonnummer:  (Post)bankrekeningnummer:

#### Verzekerde

Naam en voorletters (eerste naam voluit):   man  vrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:  Nationaliteit:

Burgerlijke staat:  gehuwd  geregistreerd partner  ongehuwd  gescheiden  samenwonend

#### B. Beroep

1 Bent u in loondienst?  ja  nee

2 Wat is uw beroep?

3 Wat is uw functie?

4 De arbeid is (in uren per week)?

leidinggevend	<input type="text"/>	uur per week	administratief	<input type="text"/>	uur per week
commercieel	<input type="text"/>	uur per week	handarbeid	<input type="text"/>	uur per week

5 Waaruit bestaat uw handarbeid?

6 Werkt u met machines of (las)apparaten?  ja  nee Zo ja, welke?

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

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

#### C. Andere verzekeringen

1 Hebt u al een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid of werkloosheid?  ja  nee  
Zo ja, graag toelichten (soort verzekering, bij welke maatschappij, verzekerde bedragen enz.):

2 Bent u in de laatste drie jaar gekeurd voor enige verzekeringsmaatschappij?  ja  nee Zo ja, welke en welke verzekering?

#### D. Uitkeringen

1 Geniet u thans een uitkering uit hoofde van een of meer sociale verzekeringswetten (WAO, Waz, WW)?  ja  nee  
Zo ja, krachtens welke wet en op basis van welk percentage? Wet:  Uitkeringspercentage:  %

2 Hebt u wel eens een uitkering ontvangen wegens arbeidsongeschiktheid, ongeval of ziekte?  ja  nee  
Is u een dergelijke uitkering wel eens geweigerd?  ja  nee Zo ja, graag toelichting.

## E. Gevraagde verzekering

- 1 Welke soort maandlasten wilt u verzekeren?
- | Huidige woonlasten per maand                        | Te verzekeren bedrag per maand |
|---|--------------------------------|
| Hypotheek: €  | €                              |
| Huur: €   | €                              |
| Premie levensverzekering verbonden met hypotheek: € | €                              |
| Onroerende zaak belasting: €                        | €                              |
| Andere: €   | €                              |
| Totaal: €   | €                              |
- 2 Tot wanneer wenst u de uitkering? Eindleeftijd  jaar (max. 65 jaar) of gewenste looptijd  jaar
- 3 Hoe dient bij arbeidsongeschiktheid de hoogte daarvan te worden vastgesteld?  WAO volgend  door De Amersfoortse
- 4 Vanaf welk percentage arbeidsongeschiktheid (a.o.) wenst u uitkering?  80% (100% uitkering)  45% (bij 45-80% a.o. 50% uitkering; bij 80-100% a.o. 100% uitkering)
- 5 Gewenste ingangsdatum:
- 6 Wilt u de verzekering uitbreiden met de WW-dekking?  ja  nee  
De WW-dekking kan worden meeverzekerd, als u langer dan drie maanden in een vast loondienstverband werkt voor 18 uur of meer per week.  
Recht op uitkering bestaat bij volledige werkloosheid, als u recht hebt op uitkering krachtens de Werkloosheidswet.

## F. Premie

- 1 Berekening
- |                            |  |
|----------------------------|--|
| Verzekerd maandbedrag: €   | Beroepsklasse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Premie per € 1000,-: AOV € | WW-dekking €   |
| Maandpremie: AOV €         | WW-dekking €   |
| Vaste opslag: €            |  |
| Totale maandpremie: €      |  |
- 2 Hoe wenst u de premie te voldoen en aan wie? Beroepsklasse  1  2  3  4  5
- maand\*  kwartaal  halfjaar  jaar  koopsom (eenmalig)
- (korting jaar 5%, halfjaar 3%, kwartaal 2%)
- rechtstreeks aan De Amersfoortse  aan assurantieadviseur
- \* Voor maandpremie geldt automatische incasso.
- 3 Machtiging automatische incasso
- Ondergetekende machtigt hierbij tot wederopzegging De Amersfoortse datgene te laten afschrijven wat verschuldigd zal zijn uit hoofde van deze overeenkomst.
- (Post-)bankrekeningnummer:
- Handtekening verzekeringnemer:

## G. Overige mededelingen

- 1 Werd aan u ooit een verzekering van welke aard dan ook, geweigerd opgezegd of werden er beperkende bepalingen of premieverhogingen voorgesteld?  ja  nee  
Zo ja, door welke maatschappij(en), wanneer en waarom?
- 2 Hebt u feiten te melden over een strafrechtelijk verleden die binnen de afgelopen acht jaar zijn voorgevallen?\*  ja  nee
- 3 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
- \* Bij bevestigend antwoord van deze vraag kunt u deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.

## Slotverklaring en ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord;
- dat het hem/haar bekend is dat bij onjuiste en/of onvolledige beantwoording of verzwijging De Amersfoortse zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren;
- akkoord te gaan met de de bij deze verzekering behorende polisvoorwaarden, die na acceptatie van de verzekering zullen worden uitgereikt maar nu al kunnen worden opgevraagd;
- feiten en omstandigheden met betrekking tot het te verzekeren risico van hem/haar of een andere belanghebbende die zich voordoen of bekend worden in de periode tussen het invullen van dit aanvraagformulier (inclusief bijbehorende gezondheidsverklaring) en de ingangsdatum van de verzekering direct aan De Amersfoortse mee te delen.  
(toelichting: deze aanvullende gegevens zullen deel uitmaken van de reeds gedane verklaringen op aanvraagformulier, gezondheidsverklaring en keuringsrapporten op basis waarvan De Amersfoortse het risico beoordeelt.)

Plaats:  Datum:

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening verzekerde:

Relatienummer:

assurantieadviseur:

**Doel van de gezondheidsverklaring**

Het doel van de gezondheidsverklaring is de medisch adviseur van De Amersfoortse in staat te stellen te adviseren of en op welke voorwaarden de aangevraagde arbeidsongeschiktheidsverzekering door De Amersfoortse kan worden geaccepteerd. Het is dan ook zeer belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn, en dat dus ook ogenschijnlijk onbelangrijke klachten en medische consulten worden vermeld, ook als geen medische behandeling volgde of geen afwijkingen werden geconstateerd. Ook op vragen welke eventueel bij een eerdere gelegenheid reeds door u werden beantwoord, wordt thans opnieuw een antwoord van u gevraagd. Met een juist en volledig ingevulde gezondheidsverklaring voorkomt u dat De Amersfoortse later de verzekering kan vernietigen of dat een verzoek tot uitkering bij arbeidsongeschiktheid kan worden geweigerd als gevolg van verzwijging. Desgewenst kunt u deze gezondheidsverklaring rechtstreeks ter attentie van de medisch adviseur sturen.

**Voorinformatie inzake het medisch advies**

U kunt aan de medisch adviseur van De Amersfoortse verzoeken als eerste geïnformeerd te worden over het advies dat hij van plan is uit te brengen aan de verzekeraar. Vanzelfsprekend is het alleen zinvol van dit recht gebruik te maken voor het geval dat de medisch adviseur als gevolg van de verstrekte medische informatie een negatief advies dan wel een positief advies onder bepaalde voorwaarden (zoals extra premie of bepaalde uitsluitingen) aan De Amersfoortse wil uitbrengen. Indien u voor de laatstgenoemde situaties gebruik wilt maken van het recht om als eerste geïnformeerd te worden, dient u een schriftelijk verzoek daartoe rechtstreeks aan de medisch adviseur van De Amersfoortse te richten. U dient er rekening mee te houden dat deze procedure vertragend werkt en dus van invloed kan zijn op de ingangsdatum.

**Medische gegevens en het recht van bezwaar**

Bij De Amersfoortse worden ontvangen gezondheidsverklaringen tezamen met eventuele andere (te) ontvangen medische stukken, zoals keuringsrapporten, bewaard in een medisch dossier. Dit medisch dossier wordt conform de daarvoor geldende regelgeving en de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" beheerd door de medisch adviseur. Met het inzenden van de door u ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring geeft u aan hiertegen geen bezwaar te hebben. Verder geeft u met de ondertekening aan geen gebruik te willen maken van uw recht om bezwaar aan te tekenen tegen het verwerken van u betreffende medische gegevens door De Amersfoortse ten behoeve van de acceptatie van de door u aangevraagde verzekering. Tekent u wel bezwaar aan, dan kan dat uiteraard tot gevolg hebben dat De Amersfoortse afziet van het sluiten van de overeenkomst omdat zonder medische gegevens het risico niet adequaat kan worden ingeschat.

**Verklaring van kandidaat-verzekerde**

(geen strepen als antwoord)

Naam en voorletters:

man  vrouw

Geboortedatum:

**Toelichting** (bij elke ziekte of klacht vermelden:

Welke? Wanneer? Hoe lang? Röntgenfoto's? Hoe lang niet gewerkt?)

1	Bent u thans gezond?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	1	<input type="text"/>
2	Werkt u momenteel volledig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	2	<input type="text"/>
3	Wat zijn uw gewicht en lengte?		Gewicht :	<input type="text"/> kg. Lengte: <input type="text"/> m.
4	Hebt u of had u ooit:			
4.1	ziekten van het hart of bloedvaten, verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.1	<input type="text"/>
4.2	aandoeningen/klachten van rug, ledematen of gewrichten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.2	<input type="text"/>
4.3	long- of luchtwegenaandoeningen/klachten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.3	<input type="text"/>
4.4	overwerktheid, overspanning, hyperventilatie, depressie, zenuwziekte, andere psychische klachten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.4	<input type="text"/>
4.5	huidaandoeningen, allergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.5	<input type="text"/>
4.6	enige aandoening/klacht, ziekte of aangeboren of verkregen afwijking, hier niet genoemd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	4.6	<input type="text"/>
5	Hebt u wel eens specialisten geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	5	<input type="text"/>
			Specialisme:	<input type="text"/>
			Reden:	<input type="text"/>
6	Bent u ooit behandeld door een psycholoog, psychotherapeut, manueel therapeut of fysiotherapeut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	6	<input type="text"/>
			Specialisme:	<input type="text"/>
			Reden:	<input type="text"/>
7	Staat u nog onder behandeling of controle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	7	<input type="text"/>
			Waarvoor?	<input type="text"/>
			Bij wie?	<input type="text"/>

8	Hebt u ooit ongevalsletsel gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	8	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Wat waren de gevolgen? <input type="text"/> Volledig hersteld? <input type="text"/>
9	Hebt u ooit een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	9	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarvoor? <input type="text"/>
10	Gebruikt(e) u geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	10	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarvoor? <input type="text"/>
11	Is er röntgen-, echografisch- of een scanonderzoek bij u gedaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	11	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarvoor? <input type="text"/>
12	Bent u ooit in een ziekenhuis, kliniek, sanatorium of inrichting opgenomen geweest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	12	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarvoor? <input type="text"/>
13	Bent u in het verleden langer dan één maand aaneengesloten arbeidsongeschikt geweest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	13	<input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarvoor? <input type="text"/>
14	Is uw bloed wel eens onderzocht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	14	<input type="text"/> Waarom? <input type="text"/> Wanneer? <input type="text"/> Waarop? <input type="text"/> Uitslag: <input type="text"/>
15	Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond? (bent u seropositief)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	15	<input type="text"/>
16	Gewoonten (thans, maar ook in het verleden). Rookt(e) u? Hoeveel per dag? Sinds welke leeftijd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		<input type="text"/> per dag vanaf <input type="text"/> e jaar
	Gebruikt(e) u alcohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	per dag:	<input type="text"/> soort: <input type="text"/>
	Gebruikt(e) u drugs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Welke:	<input type="text"/>
			Wanneer:	<input type="text"/>

**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 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 verzekeringsovereenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering.

Plaats:  Datum:

Handtekening kandidaat-verzekerde:

