

- Arbeidsongeschiktheid
 Persoonlijke ongevallen
 Collectieve ongevallen

Bijlage bij aanvraagformulier

t.n.v. _____

d.d. _____

ALTIJD EEN ALGEMEEN AANVRAAGFORMULIER INVULLEN

| ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVZERKERING | Ingangsdatum |
|--|--|
| 1 Kandidaat-verzeerde | |
| Naam en voorletters | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| Adres | _____ |
| Postcode en woonplaats | _____ |
| Geboortedatum | Telefoonnummer |
| Bank-/girorekeningnummer | _____ |
| Beroep/bedrijf | _____ |
| Bent u startend ondernemer? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| 2. Gewenste verzekeringsdekking, alsmede premieberekening | |
| Eerstejaars risico | € _____ |
| Eigen risico termijn | <input type="checkbox"/> 14 dagen <input type="checkbox"/> 30 dagen <input type="checkbox"/> 60 dagen <input type="checkbox"/> 91 dagen <input type="checkbox"/> 182 dagen |
| Na-eerstejaars risico | € _____ |
| Eigen risico termijn | (alleen van toepassing indien Eerstejaarsrisico niet wordt meeverzeerd) <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> extra 365 dagen |
| WAZ Aanvulling | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Extra Ongevallendekking | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (uitkering bij overlijden € 25.000,- en bij blijvende invaliditeit € 50.000,- à € 50,- per jaar) |
| Gewenste eindleeftijd | <input type="checkbox"/> 55 jaar <input type="checkbox"/> 56 jaar <input type="checkbox"/> 57 jaar <input type="checkbox"/> 58 jaar <input type="checkbox"/> 59 jaar <input type="checkbox"/> 60 jaar <input type="checkbox"/> 61 jaar <input type="checkbox"/> 62 jaar <input type="checkbox"/> 63 jaar <input type="checkbox"/> 64 jaar <input type="checkbox"/> 65 jaar |
| Gewenste klimming | <input type="checkbox"/> gelijkblijvend <input type="checkbox"/> CBS index <input type="checkbox"/> 3% klimmend |
| Uitkering | <input type="checkbox"/> vanaf 25% a.o. <input type="checkbox"/> vanaf 55% a.o. <input type="checkbox"/> vanaf 80% a.o. |
| Voorgestelde jaarpremie | € _____ (excl. kosten) Premieklasse _____ |

N.B.: De ingangsdatum voor eventuele pakketkorting voor AOV gaat in na medische en technische acceptatie.

3. Gegevens over het bedrijf en de werkzaamheden van kandidaat-verzeerde

a. Per welke datum werkt u reeds zelfstandig? _____ Met ingang van _____

b. Hoe lang oefent u uw beroep al uit? _____ jaar

c. Welke beroepen hebt u daarvoor gehad? _____
 in loondienst
 zelfstandig

d. Heeft u nog een nevenberoep? ja nee
 Zo ja, welk beroep en voor hoeveel uren in de week? (zie ook vraag 3.i)
 zelfstandig in loondienst

e. Heeft u een seizoenbedrijf? ja nee

f. Welke rechtsvorm heeft uw bedrijf? _____
 eenmanszaak BV
 firma NV

g. Hoeveel mensen hebt u gemiddeld in dienst? _____ Gemiddeld _____ mensen in dienst

h. Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? _____ uren

i. Hoe is de verdeling van de normale arbeidstijd?

| | |
|--|---------------|
| 1. administratieve werkzaamheden | uren per week |
| 2. handenarbeid | uren per week |
| 3. toezicht houden en/of leiding geven | uren per week |
| 4. reizen | uren per week |
| 5. eventuele nevenberoepen (zie ook vraag 3.d) | uren per week |

j. Waaruit bestaat uw handenarbeid?

k. Voert u zelf uw administratie? ja nee

l. Welke opleidingen, incl. beroepsopleidingen, hebt u genoten?

m. Bezit u de voor uw bedrijf benodigde vakdiploma's?

ja nee

Zo ja, welke?

Verblijft u beroepshalve meer dan 2 maanden in het buitenland?

ja nee

Zo ja, waar?

o. Hoe groot was, gemiddeld in de afgelopen drie jaren, uw winst(aandeel) uit onderneming, resp. bij loondienst, uw bruto inkomen uit arbeid volgens uw aangifte inkomstenbelasting?

- minder dan € 11.500,- € 11.500,- tot € 23.000,-
 € 23.000,- tot € 34.000,- € 34.000,- tot € 45.500,-
 meer dan € 45.500,-

p. Was dit uw winst resp. inkomen in uw huidig of vorig beroep of bedrijf? huidig vorig

q. Vormen de aangevraagde verzekerde bedragen, tezamen met overige voorzieningen bij arbeidsongeschiktheid (zoals WAZ, WAO, elders lopende of aangevraagde verzekeringen) ten hoogste 100% van uw winst resp. inkomen als hierboven omschreven?

ja nee, te weten:

Bovengenoemde gegevens zijn naar waarheid ingevuld

Plaats Datum

Handtekening verzekeringnemer

GEZONDHEIDSVERKLARING (KANDIDAAT-VERZEKERDE)

Indien een keuring noodzakelijk is, dient u zich bij de keurend arts te legitimeren door middel van een geldig legitimatiebewijs

Kandidaat-verzeerde _____

te _____

| Vragen over de familie | in leven | | overleden | | |
|------------------------|----------|---------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|
| | leeftijd | gezondheidstoestand | leeftijd bij overlijden | jaar van overlijden | oorzaak overlijden |
| vader | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| moeder | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| broers, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| zusters, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| kinderen, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

(met name vermelden gevallen van suikerziekte, vallende ziekte, geestelijke aandoeningen, hart- en vaatziekte, hoge bloeddruk).

Wat is uw lengte, resp. uw gewicht? _____ cm _____ kg

Wat en hoeveel rookt u per dag? _____

Welke alcoholische dranken en hoeveel gebruikt u per dag? _____

Gebruikt u drugs? ja nee
Zo ja, welke? _____

Welke sporten beoefent u? _____

Hokje aankruisen wat van toepassing is. Indien 'een grijs hokje' moet worden ingevuld meteen TOELICHTING geven op pag. 5

- 1** Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk?
 ja nee
-
- 2** a. Is het gehoor aan één of beide oren gestoord?
 ja nee
 Zo ja, welke? links rechts beide
- b. Is het gezichtsvermogen van één oog of beide ogen gestoord?
 ja nee
 Zo ja, welke? links rechts beide
- c. Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8 of +8?
 ja nee Sterkte links: _____ Sterkte rechts: _____
-
- 3** a. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijv. op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?
 ja nee
 Zo ja, waarom, wanneer, waarop en met welk resultaat? _____
- b. Gebruikt u medicijnen?
 ja nee
 Zo ja, waarvoor, welke, hoeveel? _____
-
- 4** a. Heeft u Aids? ja nee
- b. Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?
 ja nee
- c. Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?
 ja nee
 Zo ja, wanneer en in welk land? _____
- d. Gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs?
 ja nee
 Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?
 ja nee
- e. Wordt u thans, of bent u de afgelopen periode van vijf jaren behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?
 ja nee

(zie de toelichting op pag.5 van dit aanvraagformulier onder 'ATTENTIE')

5 a. Wie is uw huisarts en wat is zijn adres?

b. Heeft uw huisarts u de laatste 3 jaar behandeld?

ja nee

Zo ja, waarvoor, wanneer, en hoelang?

c. Bent u wel eens voor gesprekken bij een psycholoog of andere hulpverlener geweest?

ja nee

Zo ja, waarvoor, wanneer en hoelang?

d. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, revalidatieinstituut of andere verpleeginrichting?

ja nee

Zo ja, waarvoor, wanneer en hoelang?

e. Hebt u de laatste 5 jaar uw werk om gezondheidsredenen langer dan 2 weken aaneen onderbroken?

ja nee

Zo ja, waarvoor, wanneer en hoelang?

6 Is kandidaat-verzekerde lijdende of lijdende geweest aan:

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| a. allergie, fistels, huidandoeningen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| b. overspanning, overwerktheid, zenuwachtigheid, zenuwziekte? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| c. duizelingen, flauwtes, hoofdpijnen, toevallen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| d. aandoeningen van ogen, oren, mond, neus, keel, hals (schildklier)? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| e. astma, bronchitis, langdurig hoesten, pleuritis, tbc? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| f. beklemming of pijn op de borst, kortademigheid bij inspanning? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| g. te hoge bloeddruk, ziekten van hart- of bloedvaten (w.o. ook open been, spataderen, trombose)? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| h. aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| i. aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| j. aandoeningen van gewrichten, ledematen, spieren of zenuwen, acute of chronische reuma? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| k. rugklachten (HNP, ischias, spit)? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| l. suikerziekte, te hoog vetgehalte in het bloed? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| m. eiwit, suiker of andere afwijkingen in de urine? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| n. bloedarmoede, bloed- of klierziekten? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| o. een aandoening, gebrek of ziekte niet genoemd in deze lijst? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

7 Voor vrouwelijke kandidaten

a. Is de menstruatie normaal? ja nee

Zo nee, welke klachten?

b. Is er zwangerschap? ja nee

Zo ja, hoe ver gevorderd?

c. Hoeveel kinderen zijn er geboren?

d. Hoe zijn de verlossingen en zwangerschappen verlopen?

8 Heeft u nog iets mee te delen, hetgeen voor de beoordeling van de acceptatie van het risico van belang kan zijn?

ja nee

Zo ja, wat?

9 Indien onze medisch adviseur een keuring wenselijk acht, bent u dan bereid u hieraan te onderwerpen?

ja nee

10 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 naar waarheid volledig zijn vermeld. Ondergetekende is zich er van bewust dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van rechten uit de verzekeringsovereenkomst. Ondergetekende geeft uitdrukkelijk toestemming om bovenstaande gegevens te verwerken in het kader van de acceptatie van de aangevraagde verzekering(en).

Plaats

Datum

Naam kandidaat-verzekerde

Handtekening kandidaat-verzekerde

Toelichting (wie? wanneer? hoelang? door wie behandeld? geopereerd?)
Namen van specialist(en) c.q. ziekenhuis of sanatorium te vermelden.

TOELICHTING OP DOEL EN GEBRUIK VAN DE GEZONDHEIDSVERKLARING

Waarom een gezondheidsverklaring?

Doel is onze medisch adviseur alle nodige informatie te verschaffen om te kunnen beoordelen of het risico van de voorgestelde verzekering op normale voorwaarden kan worden aanvaard.

Als uw verklaring daarvoor onvoldoende gegevens bevat wordt u - voor het verkrijgen van een beter inzicht - alsnog verzocht een aanvullend onderzoek of een keuring te ondergaan.

Waar moet u speciaal aan denken?

Als uw gezondheidstoestand ooit aanleiding heeft gegeven tot bepaalde klachten dient u de aard daarvan te vermelden.

U mag vraag 5b derhalve niet met 'nee' beantwoorden, als u wel uw huisarts heeft geraadpleegd en deze na onderzoek geen afwijkingen heeft kunnen vaststellen.

Gevolgen onjuiste of onvolledige beantwoording

Onjuiste of onvolledige beantwoording kan uw toekomstige rechten op uitkering en/of premievrijstelling wegens invaliditeit in gevaar brengen. Zelfs kan het leiden tot nietigheid van de verzekering. Daarom is het van groot belang alle gestelde vragen naar waarheid, volledig en zonder voorbehoud te beantwoorden.

Acceptatie

Niet iedere stoornis in uw gezondheidstoestand leidt tot beperkende verzekeringsvoorwaarden of een hogere premie. Daarom is volledige en juiste informatie onontbeerlijk, zelfs al lijkt dat soms in uw ogen onbelangrijk of overdreven.

Privacy

Bij de verzekeraar worden ontvangen gezondheidsverklaringen tezamen met eventueel andere stukken, zoals keuringsrapporten, bewaard in een medisch dossier. Dit medische dossier wordt conform de daarvoor geldende regelgeving en gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" beheerd door de geneeskundig adviseur.

ATTENTIE:

Indien een grijs hokje is aangekruist op de vragen bij punt 4 onder c. t/m e. kan dit voor de medisch adviseur van Avéro Achmea aanleiding zijn te besluiten tot een nader onderzoek waarop eventueel een test op HIV-antistoffen (aidstest) kan volgen. De omstandigheden waarin tot een dergelijke test kan worden besloten en de voorwaarden die daarbij in acht dienen te worden genomen, zijn opgenomen in een gedragscode. Volgens die gedragscode, die de instemming heeft van de regering en van de Tweede Kamer, kan alleen tot een aidstest worden overgegaan indien:

- de vraag onder c. met ja is beantwoord en een bloedtransfusie is ondergaan in een land waarin de bloedvoorziening niet voldoende voor HIV-besmetting beveiligd kan worden geacht;
- uit de beantwoording van de vraag onder d. blijkt dat niet altijd steriel materiaal is gebruikt;
- de vraag onder e. met ja is beantwoord en vervolgens is gebleken dat in de afgelopen periode van vijf jaar een behandeling heeft plaats gehad wegens anale gonorrhoe.

Het spreekt vanzelf dat het nader onderzoek zich tot deze drie omstandigheden zal beperken. Als het antwoord op de vragen bij punt 4 ontkenkend luidt dan wel indien het nader onderzoek als gevolg van positieve beantwoording van de vragen bij punt 4 seropositiviteit niet aannemelijk maakt, of indien een eventuele test (c.q. een eventuele bevestigingstest) niet wijst op seropositiviteit, dan wordt de verzekering verleend mits de aanvraag op overige gronden acceptabel wordt geacht.

Oordeel geneeskundig adviseur

'U hebt het recht van de geneeskundig adviseur van Avéro Achmea te vernemen welk advies hij aan Avéro Achmea voornemens is uit te brengen met betrekking tot de vraag of en zo ja onder welke voorwaarden u kunt worden geaccepteerd. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol indien de geneeskundig adviseur van plan is Avéro Achmea te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie of (één of meer andere) afwijkende voorwaarden. U kunt vragen als eerste daarvan kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of de geneeskundig adviseur zijn advies aan Avéro Achmea mag uitbrengen. Indien u (als eerste) van de geneeskundig adviseur het advies aan Avéro Achmea wenst te vernemen, voor het geval de geneeskundig adviseur voornemens is Avéro Achmea te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie dan wel op (één of meer) andere voorwaarden dan de gebruikelijke, verzoeken wij u dit schriftelijk, vergezeld van dit document, aan de geneeskundig adviseur van Avéro Achmea rechtstreeks mee te delen.'

PERSOONLIJKE ONGEVALLENVERZEKERING

Ingangsdatum

1 Kandidaat-verzekerde

Naam en voorletters

 man vrouw

Adres

Postcode en Woonplaats

Geboortedatum

Telefoonnummer

Bank-/girekeningnummer

Beroep/bedrijf

2 Gewenste verzekeringsdekking, alsmede premieberekening

| | <i>ja</i> | <i>nee</i> | <i>verzekerd bedrag</i> | <i>maximaal</i> | | <i>premiebedrag</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|
| Rubriek A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € | (€ 50.000,-) | | € |
| Rubriek B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € | (€ 50.000,-) | <input type="checkbox"/> Standaard- <input type="checkbox"/> Plus- <input type="checkbox"/> Superdekking | € |
| Rubriek C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € | (€ 50,-) | eigen risico termijn <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 dagen | € |
| Rubriek D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> € 500,- | <input type="checkbox"/> € 1000,- | | € |
| Voorgestelde jaarpremie excl. kosten | | | | | | € |

Gezondheidsverklaring (alleen in te vullen indien **rubriek C** meeverzekerd wordt)

1. a. Geniet kandidaat-verzekerde een goede gezondheid? ja nee
- b. Is het gehoor normaal? ja nee
- c. Draagt u een bril/contactlenzen? ja nee
- sterkte links: _____
- sterkte rechts: _____
- d. Wat is uw lengte _____ cm
- e. Wat is uw gewicht _____ kg
2. Is u lijdende of ooit lijdende geweest aan:
- a. suikerziekte ja nee
- b. duizelingen, flauwten, toevallen ja nee
- c. te hoge bloeddruk, hart/vaatziekten ja nee
- d. rugklachten (spit, ischias, HNP), onderlijfsbreuk(en) ja nee
- e. aandoeningen van gewrichten, ledematen, spieren of zenuwen ja nee
- f. een andere kwaal of gebrek, hierboven niet genoemd ja nee
3. Heeft u een ongeval gehad, waarvan de gevolgen thans nog merkbaar zijn? ja nee

Toelichting (indien een grijs hokje is aangekruist)

Bovengenoemde gegevens zijn naar waarheid ingevuld

Plaats

Datum

Handtekening verzekeringnemer

1 Gegevens werknemers

Bruto loonsom _____

Aantal werknemers _____

2 Te verzekeren populatie Alle werknemers Groep van werknemers,
(s.v.p. onderstaand omvang,
samenstelling en beroepen van
deze groep omschrijven)

3 Gewenste verzekeringsdekking overlijden : 1x jaarinkomen
blijvende invaliditeit : 2x jaarinkomen overlijden : 2x jaarinkomen
blijvende invaliditeit : 4x jaarinkomen overlijden : €.....(maximaal € 50.000,-)
blijvende invaliditeit : €.....(maximaal € 100.000,-) 24 uur per dag, gedurende 7 dagen per week functiedekking, uitsluitend voor de tijd
en de dagen dat de verzekerde in functie is**4 Uitkeringscriterium** blijvende invaliditeit mate van arbeids-
ongeschiktheid blijvende invaliditeit of arbeidsongeschiktheid
(keuze mogelijk na een ongeval)

Bovengenoemde gegevens zijn naar waarheid ingevuld.

Plaats _____

Datum _____

Handtekening verzekeringnemer _____