

Kapitaalpolis voor de Luchtvaart

"Loss of Licence Policy"



Belangrijk:

De verzekering waarvoor u thans een aanvraag wenst in te dienen dekt een aanzienlijk bedrag dat - na het van kracht worden van de dekking - door verzekeraars moet worden uitgekeerd indien zich medische omstandigheden voordoen als gevolg waarvan u het door u beoogde of reeds uitgeoefende beroep niet meer kunt uitoefenen.

Alvorens tot acceptatie van dat risico over te gaan, willen verzekeraars zich ervan kunnen overtuigen dat zich geen omstandigheden hebben voorgedaan op grond waarvan zij - conform de polisvoorwaarden - zouden kunnen weigeren om tot uitbetaling over te gaan. Alle vragen op dit formulier dienen derhalve volledig te worden beantwoord. Ook indien dit formulier dient voor het aanvragen van een verhoging van het verzekerde bedrag danwel voor herstel van de risicodekking. Ten aanzien van vragen over uw gezondheid dient u zich te realiseren dat volledige beantwoording verplicht is, ook indien u in het verleden een medische behandeling hebt ondergaan met als gevolg dat u genezen bent verklaard of dat medische onderzoeken hebben uitgewezen dat de resultaten van de behandeling bevredigend zijn.

Indien u zelf of anderen van mening zijn dat de volledige beantwoording niet belangrijk is of niet als zinvol wordt ervaren, bent u verplicht deze vragen toch volledig en naar waarheid te beantwoorden.

Vragen over de te verzekerden persoon :

Achternaam: _____

Voornamen (1e voluit): _____

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Geboortedatum: _____

Geb. plaats: _____

Geslacht: Man Vrouw

Nationaliteit: _____

Beroep: Zelfstandig Loondienst In opleiding

Lengte: _____ cm.

Gewicht: _____ kg

Indien u momenteel nog NIET in het bezit bent van de brevetten ATPL, B3, B2 of B1, danwel indien u nog in opleiding bent of in training, gelieve u te starten bij de beantwoording van vraag 1 (zie volgende pagina).

A. Naam en adres van uw werkgever ? _____

B. Datum van indiensttreding ? _____

C. Welke positie heeft u thans ? _____

D. Wat is uw huidige jaarinkomen ? € _____

E. Bent u voorheen aangesteld geweest bij andere werkgevers ? Ja Neen

Zo ja, bij welke en in welke periode was dat ?

F. Betreft dit een nieuwe aanvraag of een aanvraag tot wijziging van een reeds afgesloten verzekering ? een nieuwe aanvraag een wijziging

G. Welk kapitaal wenst u (thans) te verzekeren ? €

H. Per welke datum wenst u de verzekering van kracht te laten worden ? Per

U gelieve thans verder te gaan met de beantwoording van vraag 4.

1. Voor welk beroep bent u in opleiding en wat is de naam van de licentie die u het recht zal geven dat beroep uit te oefenen en aangesteld te worden bij een werkgever? Bij verkeersvliegers is dat ATPL, B3, B2 of B1.

Indien u momenteel reeds een (tijdelijke) aanstelling heeft bij een werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst, gaarne een toelichting en naam/adres werkgever.

2. Welk bedrag heeft u reeds of gaat u in de opleiding investeren ?

Vliegopleiding	€
vlieguren @ €	€
	€

3. Welk kapitaal wenst u te verzekeren als maximum voor schadevergoeding bij afkeuring ? €

Per wanneer ? Ingangsdatum:

4. Bent u in het bezit (geweest) van een militair vliegbrevet ? Ja Neen

Zo ja, in welke periode en gaarne toelichting.

5. Bent u lid van een beroepsvereniging (zoals de Vereniging van Verkeersvliegers) en zo ja, van welke vereniging ? Ja Neen

6. Bent u ooit t.a.v. de uitoefening van uw beroep of tijdens de opleiding daarvoor, verplicht geweest om de uitoefening of deelname daaraan te staken of te beperken? Ja Neen

Zo ja, hoe vaak, wanneer en waarom ?

7. Is uw vergunning (license) ooit geheel of gedeeltelijk ingetrokken ? Zo ja, geef toelichting. Ja Neen

8. Welke instantie is verantwoordelijk voor de controle op uw gezondheidstoestand?
Wanneer bent u voor het laatst gekeurd?
- Op: _____
- Wat was het resultaat van deze keuring?
- mij nog niet bekend
- dat ik (weer) ben goedgekeurd
-
- Bent u ooit gekeurd door het N.L.R.G.C.
- Ja, op Neen
- 9a. Is er ooit een ECG (ElektroCardioGram) gemaakt?
- Ja, op Neen
- Is daarbij iets bijzonders gebleken ?
- 9b. Is er ooit een EEG (ElektroEncefaloGram) gemaakt?
- Ja, op Neen
- Is daarbij iets bijzonders gebleken ?
10. Bent u n.a.v. medische keuringen ooit verzocht om een nader onderzoek te ondergaan om twijfel omtrent de resultaten weg te nemen ?
- Ja Neen, geen nader onderzoek
- Zo ja, op grond waarvan ?
11. Welke takken van sport beoefent U ?
Volledige opgave is nodig !
- _____
- _____
- _____

Toelichting :

Indien er sprake is van gevaarlijke sporten (zoals duiksport, bergbeklimmen, het onderzoeken van grotten en spelonken, para-sailing, parachute springen, delta-vliegen, het rijden van wedstrijden, het deelnemen aan recordpogingen, stunt-skiën, bobsleesport, motorsport, motorcross, bokssport of andere gevaarlijke sporten), kan - tegen betaling van een verhoogde premie tevens risicodekking worden verkregen, maar indien niet aan verzekeraars bekend gemaakt, vallen deze en dergelijke sporten buiten de dekking van de polis.

Indien u hierboven enige van de als "gevaarlijk" gekwalificeerde sporten heeft genoemd, vermeld dan tevens hoe vaak per jaar en in welke categorie u deze sport wenst te beoefenen.

12. Stellen uw beroep, levenswijze of liefhebberijen u specifiek bloot aan ziekten of ongevallen ?
Zo ja, geef toelichting.
- Ja Neen
13. Heeft u wel eens een medische specialist geraadpleegd ?
Zo ja, welke specialisten en waarvoor ?
- Ja Neen
- _____

Wij brengen u in herinnering dat het verstrekken van exacte en complete medische informatie van essentieel belang is waar het de acceptatie van de verzekering aangaat.

Raadpleeg desnoods uw huisarts indien u twijfels heeft omtrent bepaalde medische behandelingen.

14. Lijdt u of bent u lijdende geweest aan één van de onderstaande ziekten of ziekteverschijnselen ?

overwerktheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	open been	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
overspanning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	bloedarmoede	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
toevallen / flauwtes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	trombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
gehoorsproblemen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	leukemie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
visuele problemen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	aambeien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
hoofdpijnen / duizelingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	loopoor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
beklemmingen op de borst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	herhaalde angina (tonsillitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	longaandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
kortademigheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	ziekte van alvleesklier	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	prostaat-vergroting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
ziekte van hart of bloedvaten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	verlammingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	geestesziekten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
tuberculose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	gevoelsstoornissen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
pleuritis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	loopstoornissen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	nervositeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
langdurig hoesten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	migraine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
maagaandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	desfunctioneren van		
leveraandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	de schildklier	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
aandoening aan darmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	eczeem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
nieraandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	lendenspit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
aandoening aan galblaas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	breuken (b.v. lies)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
aandoening aan urinewegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	infecties van klieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
aandoening aan ledematen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	tyfus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
gewrichtsaandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	roodvonk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
reuma (acuut of chronisch)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	beenmergontsteking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
kinderverlamming	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	Engelse ziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
hernia	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	difterie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
ischias	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	zwaarmoedigheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
rugklachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	neerslachtigheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
huid-aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
huidgezwollen (pukkels)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	sexueel overdraagbare		
spataderen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	ziekten / Aids	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
geelzucht / hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	enige andere ziekte,		
cholesterol te hoog	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	kwaal of gebrek?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen

Als u op één van de bovenstaande vragen JA heeft geantwoord, gelieve u dit nader toe te lichten in een separate brief

15. Is u ooit een ongeval of ziekte overkomen als gevolg waarvan u een medische behandeling heeft moeten ondergaan ?
Zo ja, gaarne toelichting.

Ja Neen

16. Is het gezichtsvermogen van één of beide ogen gestoord?

Ja Neen

Draagt u een bril of contactlenzen?

Ja Neen

Zo ja, welke sterkte?

Links:

Rechts:

17. Zijn u met betrekking tot uw gezondheid, gehoor, Ja Neen
bloeddruk of anderszins factoren bekend welke
voor de acceptatie van deze verzekering van
belang kunnen zijn ? Zo ja, gaarne toelichting.

18. Heeft enige verzekeraar (of diens medisch
adviseur) u ooit een "loss of license", levens-,
ongevallen-, invaliditeits-, ziekte- of
arbeidsongeschiktheidsverzekering geweigerd,
opgezegd of alleen tegen hogere premie of
beperkte voorwaarden willen aanvaarden of
voortzetten ? Ja Neen

Zo ja, gaarne toelichting.

19. Heeft u feiten te melden omtrent een eventueel
strafrechtelijk verleden van u of een
belanghebbende, voorgevallen in de afgelopen
8 jaar of andere feiten (zowel t.a.v. de persoon
van de aanvrager als andere personen) die voor
het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag
van belang kunnen zijn ? Ja Neen

Zo ja, dan gaarne bijzonderheden.

Bij bevestigende beantwoording van deze vraag kunt u deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.

20. Heeft u overigens nog iets mede te delen dat
voor de beoordeling van deze aanvraag voor
verzekeraars van belang kan zijn ? Ja Neen

Dan vervolgen wij dit formulier met één vraag en veel informatie welke op grond van nieuwe wettelijke verplichtingen noodzakelijk aan u verstrekt dient te worden bij het aangaan van een verzekerings-overeenkomst.

De **W.G.B.O.** (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) geeft u het recht als eerste van de medisch adviseur te vernemen welk advies de medisch adviseur aan de verzekeraar zal uitbrengen. Ook kunt u beslissen of hij dat advies mag uitbrengen. Dit is van belang als het advies afwijzing, premie-opslag of afwijkende voorwaarden inhoudt. Wij nemen aan dat u ermee akkoord gaat dat de medisch adviseur een gunstig advies (acceptatie op normale voorwaarden) direct aan ons kan doorgeven. Indien u als eerste wenst te worden geïnformeerd over een afwijkend advies (afwijzing, premie-opslag, andere voorwaarden), dan kunt u dit schriftelijk op de gezondheidsverklaring aangeven. De medisch adviseur zal u dan vooraf schriftelijk op de hoogte stellen.

Vervolgens dient u de medisch adviseur toestemming te verlenen het advies uit te brengen.

Pas daarna mogen verzekeraars het advies verwerken in een acceptatievoorstel of afwijzing. U dient er rekening mee te houden dat de hierboven omschreven procedure vertragend werkt en dus van invloed kan zijn op de gewenste ingangsdatum.

21. Gaat u ermee akkoord dat de medisch adviseur van verzekeraars een advies inhoudende afwijzing, premie-opslag of afwijkende voorwaarden (gebaseerd op een gezondheidsverklaring en/of keuring en eventuele aanvullende onderzoeken) zonder overleg met u aan ons uitbrengt ? Ja Neen

Indien u deze vraag met JA beantwoordt, dan zal de medisch adviseur van verzekeraars u NIET vooraf op de hoogte stellen van zijn advies.

Privacy reglement.

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door/namens verzekeraars gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 20 juli 1990. Een afschrift van het formulier ligt voor een ieder ter inzage bij Euroloyd Verzekeringen te Amsterdam

Toelichting artikel 251 Wetboek van Koophandel.

Dit artikel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard en schadevergoeding kan worden geweigerd, indien bij het aanvragen ervan onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt (zgn. 'verzwijging').

De plicht om informatie te verstrekken omvat alles wat voor verzekeraars van belang kan zijn voor de beoordeling van zowel het te verzekeren risico als van de persoon van de aanvrager en/of verzekerde(n).

BELANGRIJKE SLOTVERKLARING (geeft tevens de werkmethode weer).

Ondergetekende, kennis dragende van Art. 251 Wetboek van Koophandel, verklaart dat de gegeven antwoorden juist en volledig zijn. Ondergetekende verklaart zich akkoord met de toepassing van de algemene voorwaarden die op de aangevraagde verzekering van kracht zijn. Deze liggen ter inzage bij de verzekeringsadviseur.

Aanvrager erkent ermede bekend te zijn, dat dit aanvraagformulier de grondslag van de onderhavige verzekering zal vormen, welke verzekering door aanvrager pas als "DEFINITIEF AFGESLOTEN" kan worden beschouwd, zodra aan de navolgende twee punten is voldaan, nl.:

1. dat de aanvrager zich accoord heeft verklaard met de door verzekeraars verlangde premie en voorwaarden zoals deze in de hierna toe te zenden offerte van Euroloyd Verzekeringen zullen zijn weergegeven.
2. dat door Euroloyd Verzekeringen een schriftelijk bewijs van gearrangeerde dekking is afgegeven.

Plaats:

Datum:

Handtekening aanvrager

Naam en adres van uw verzekeringsadviseur

Euroloyd Verzekeringen

Minervaplein / Michelangelostraat 67
1077 BW Amsterdam. Tel. 020-673 75 77. Fax. 020 - 673 00 23