



Aanvraagformulier

Persoonlijke Ongevallenverzekering

Met blokletters invullen s.v.p. en zenden aan W.A. Hienfeld B.V., postbus 75133, 1070 AC Amsterdam.

1 a	Naam verzekeringnemer	:	_____		
b	Geslacht (indien van toepassing)	:	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw	
c	Adres	:	_____		
d	Postcode, Woonplaats	:	_____		
2 a	Naam verzekerde	:	_____		
b	Adres	:	_____		
c	Postcode, Woonplaats	:	_____		
d	Geboortedatum verzekerde	:	_____	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
e	Wat is uw gewicht en lengte?	:	Gewicht: _____ kg	Lengte: _____ m	
3 a	Betrekking of beroep van verzekerde	:	_____		
b	Bent u werkgever of werknemer?	:	<input type="checkbox"/> werkgever	<input type="checkbox"/> werknemer	
c	Wat zijn in het algemeen uw dagelijkse werkzaamheden?	:	_____		
d	Werkt u aan of met machines?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, welke? _____	
e	Hoeveel dagen reist u gemiddeld per jaar en welke landen bezoekt u?	:	_____		
f	Rijdt u dagelijks auto?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
4	Welke sporten beoefent u?	:	_____		
5 a	Bent u thans volkomen gezond en zonder kwalen of gebreken?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
b	Is uw gezichtsvermogen geheel normaal?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
	Draagt u een bril en/of contactlenzen?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, sterkte _____	Links: _____ Rechts: _____
c	Is uw gehoor geheel normaal?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
d	Lijdt u of heeft u geleden aan: breuk, spataderen, duizelingen, toevallen, beroerte, tuberculose suikerziekte, reumatiek, jicht, hart- en vaatziekten, ruggenmerg-, zenuw of zielziekte of enig andere aandoening of ziekte?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, graag toelichten	_____ _____ _____
e	Heeft u ooit een ongeval gehad?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, graag onderstaande toelichting invullen	
Toelichting:					
	datum	aard van de ziekte of verwonding	duur	welke arts hebt u geraadpleegd?	bent u hiervan geheel genezen?
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
f	Zijn er nog lichamelijke of geestelijke gevolgen van dit ongeval aanwezig?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
g	Hebt u voor een eerder ongeval een uitkering ontvangen en zo ja, van welke maatschappij en tot welk(e) bedrag(en)?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
6 a	Bent u ooit i.v.m. een betrekking, beroep, functie e.d. medisch gekeurd?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, bij welke instantie en wanneer?	_____
b	Zo ja, bij welke instantie en wanneer?	:	_____		
c	Indien afgekeurd, wat was hiervan de reden?	:	_____		
7	Bent u reeds verzekerd tegen ongevallen?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, bij welke maatschappij en voor welke bedragen?	_____
8	Zijn er aan uw beroep, gezondheidstoestand, liefhebberijen of levensgewoonte, omstandigheden verbonden, welke bijzondere risico's met zich meebrengen?	:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, welke?	_____ _____

9	a	Bent u op huwelijkse voorwaarden getrouwd of heeft u een samenlevingscontract?	: <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	b	Zo ja, wenst u een gesplitste polis? (N.B. Indien u twijfelt over het gewenste resultaat inzake de successierechten, neemt u dan contact op met een notaris of fiscaal jurist)	: <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	c	Begunstiging bij overlijden? (Zonder anders luidend verzoek gaan de overige uitkeringen naar verzekerde).	: _____
10		Gewenste ingangsdatum?	: _____
		Gewenste contractsduur?	: <input type="checkbox"/> 5 jaar <input type="checkbox"/> 3 jaar <input type="checkbox"/> 1 jaar
		Premie betaling per?	: <input type="checkbox"/> 5 jaar <input type="checkbox"/> 1 jaar

Premie berekening

In geval van overlijden	: € _____ à € _____ per € 1.000,00 = € _____
In geval van gehele blijvende invaliditeit	: € _____ à € _____ per € 1.000,00 = € _____
Geneeskundige kosten	: € _____ à € _____ per € 1.000,00 = € _____
Tandheelkundige kosten	: € _____ à € _____ per € 1.000,00 = € _____
	Subtotaal: € _____
Toeslag i.v.m. 1 jarig contract / 3 jarig contract	: _____ 10% / 5% € _____
	Premie permaanden: € _____

De verzekering is niet van kracht, alvorens zij is aangenomen door W.A. Hienfeld B.V., en de premie is betaald.

Geschillen

Geschillen en/of klachten, welke voortvloeien uit een op basis van deze aanvraag en de daarin vermelde gegevens gesloten verzekeringsovereenkomst, kunnen worden voorgelegd aan:

- de directie van W.A. Hienfeld B.V., Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam
- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag

Op een te sluiten verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Mededelingsplicht (zie ook de toelichting mededelingsplicht in de folder)

Is er ooit door een verzekeringsmaatschappij, een aanvraag tot verzekering van u afgewezen of slechts op andere dan de gewone voorwaarden aangenomen, of heeft ooit een maatschappij uw verzekering niet verlengd, tussentijds verbroken, of slechts op andere dan normale condities voortgezet?

nee **ja**, om welke reden(en) en _____
bij welke maatschappij? _____

Heeft u nog iets mee te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn (zoals een strafrechtelijke veroordeling in de afgelopen 8 jaar en strafbare feiten die tot contacten met politie of justitie hebben geleid).

nee **ja**, graag toelichten _____

Bij de aanvraag van deze verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door W.A. Hienfeld B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en/of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventueel hierop betrekking hebbende financiële afwikkeling(en) en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van het voorkomen en bestrijden van fraude. De gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" is van toepassing.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen assuradeuren uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Datum:	Handtekening verzekeringnemer:	Verzekeringsadviseur:
--------	--------------------------------	-----------------------