

Aanvraagformulier

Training Expenses verzekering

U staat op het punt een Training Expenses verzekering aan te vragen. De Training Expenses verzekering biedt een kapitaalsuitkering wanneer de verzekerde beroepsvlieger in opleiding als gevolg van blijvende medische ongeschiktheid permanent en definitief wordt afgekeurd door de daartoe bevoegde instantie voor het medisch certificaat klasse 1 als gevolg van een ongeval, letsel of ziekte. Uitgesloten van dekking zijn o.a. psychische of gedragsstoornis. Wij verwijzen u naar de voorwaarden Training Expenses Verzekering artikel 1.14 en 3.1 e.v., die wij bij de offerte bijsluiten. U kunt de voorwaarden ook nalezen op www.hienfeld.nl – downloadplein – Voorwaarden Training Expenses.

Persoonsgegevens van verzekerde en verzekeringsnemer

Naam en voorletters

Geslacht man vrouw Geboortedatum

Adres

Woonplaats

Telefoonnummer

Postcode

Land..... Nationaliteit.....

E-mailadres

Algemeen

Nieuwe aanvraag Offerte

Verhoging verzekerde som polisnummer

Gewenste ingangsdatum

Loopt er naast deze aanvraag nog een andere Training Expenses verzekering? Ja Nee

Zo ja, voor een bedrag van €.....

Bij welke maatschappij is deze verzekering afgesloten?

Wordt deze verzekering opgezegd? Ja Nee

Wordt deze verzekering door de huidige verzekeraar opgezegd? Ja Nee

Zo ja, wat is de reden van deze opzegging

Opleidingsgegevens

Welke vliegbrevetten heeft u en waar zijn deze afgegeven? Geef u a.u.b. alle brevetten op:

- PPL, afgegeven te d.d.
- CPL, afgegeven te d.d.
- , afgegeven te d.d.

Wat is de datum eerste afgifte van het medisch certificaat klasse 1

Voor welk brevet wordt u opgeleid en op welke locatie?

- ATPL opleiding te bij vliegschool
- opleiding te bij vliegschool
- opleiding te bij vliegschool

Heeft u reeds een aanstelling bij een luchtvaartmaatschappij?

- Ja Nee

Zo ja, welke maatschappij

Welk bedrag gaat u, of heeft u al in de opleiding tot beroepsvlieger geïnvesteerd?

Vliegopleiding €

Vlieguren €

Woonkosten €

Gevraagde Verzekerde som Training Expenses verzekering €

Bent u werkzoekend in bezit van brevet Ja

Medische en risicogegevens

Wat is uw gewicht en lengte?

Lengte..... cm

Gewicht kg

Bent u ooit verplicht geweest de uitoefening van uw beroep of de opleiding daarvoor te staken of te beperken?

Ja

Nee

Zo ja, geef toelichting

.....
.....

Is uw vliegbrevet ooit geheel of gedeeltelijk ingetrokken?

Ja

Nee

Zo ja, geef toelichting

.....
.....

Welke instantie is verantwoordelijk voor de controle van uw gezondheidstoestand, bijvoorbeeld het Aeromedisch Instituut?

.....

Bent u n.a.v. medische keuringen ooit verzocht om een nader onderzoek te ondergaan?

Ja

Nee

Zo ja, geef toelichting

.....

Welke sporten, hobby's en gevaarlijke werkzaamheden beoefent u? Denk bij gevaarlijke werkzaamheden zowel aan ambachtelijke beroepen als aan gevaarlijke vliegactiviteiten zoals stuntvliegen, aerobatics of gewasbesproeiing.

(Volledige opgave is nodig, gevaarlijke sporten, hobby's en gevaarlijke werkzaamheden kunnen zijn uitgesloten of tot een premie toeslag leiden.)

.....
.....
.....
.....

Lijdt u of heeft u geleden aan één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (ook klachten vermelden).

U dient "Ja" aan te kruisen als u:

- een huisarts, specialist of hulpverlener heeft geraadpleegd;
- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

1. Aandoeningen van spieren, ledematen en/of gewrichten, waaronder nek-, schouder-, rug-, en knieklachten?

Nee

Ja

2. Ziekten van de hersenen of zenuwen, zoals beroerte, toevallen, spierziekten?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
3. Aandoeningen of klachten van psychische aard?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
4. Verhoogde bloeddruk, ziekten van hart of bloedvaten?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
5. Suikerziekte of andere stofwisselingsziekten dan wel stoornissen in de hormonale huishouding?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
6. Aandoeningen van longen of luchtwegen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
7. Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, Lever, galblaas, alvleesklier?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
8. Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
9. Huidziekten en allergieën?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
10. Keel-, neus- oog- of oorziekten (waaronder gehoorstoornissen)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
11. Bent u geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
12. Gebruikte u of gebruikt u nog steeds medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
13. Aandoeningen of klachten waarvoor u een psycholoog of psychotherapeut heeft geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
14. Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Aanvullende medische en risicogegevens

Deze vraag alleen invullen indien u één van bovenstaande vagen 1 -14 met "ja" heeft beantwoord.

Aan welke aandoening(en), ziekte(n), gebrek(en) of klacht(en) daaronder begrepen, lijdt u of heeft u geleden?

.....(1)

.....(2)

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening(en), ziekte(n), gebrek(en) (klachten daaronder begrepen)?

- van t/m(1)

- van t/m(2)

Welke van de volgende artsen of hulpverleners/instaties heeft u hiervoor bezocht? (Huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bv homeopaat, acupuncturist, chiropractor, e.a.)

Naam(1)

Specialisme(1)

Naam(2)

Specialisme(2)

Wanneer bezocht u deze arts/hulpverlener:

- van t/m(1)

- van t/m(2)

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Heeft u nog klachten?

Nee Ja

Indien u vraag 12 met ja heeft beantwoord.

Welke dosis medicijnen gebruikte of gebruikt u?

.....

Gedurende welke periode?

.....

Informatierecht

Het kan voorkomen dat de medisch adviseur een advies uit gaat brengen waarbij een beperking (voorbehoud, beperkende of uitsluitende bepaling) in de dekking voor verzekeringnemer wordt voorgesteld.

Als u gebruik wenst te maken van het recht om als eerste rechtstreeks door de medisch adviseur te worden geïnformeerd over een dergelijke beperking, dan dient u tevens het telefoonnummer te vermelden waaronder u privé tijdens kantooruren rechtstreeks te bereiken bent.

Wenst u gebruik te maken van dit informatierecht?

Nee Ja

Direct nummer waarop u tijdens kantooruren te bereiken bent

.....

Slotvragen

Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer en verzekerde bent u verplicht de gestelde vragen in dit formulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een, bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen uw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord bij assuradeuren als bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat W.A. Hienfeld B.V. u heeft bericht over een definitieve acceptatie van het risico, moet u alsnog aan W.A. Hienfeld B.V. meedelen, indien hiernaar wordt gevraagd in het aanvraagformulier. Indien u niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan dit ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalst. Indien u met opzet tot misleiden van assuradeuren heeft gehandeld of assuradeuren bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering nooit zouden hebben gesloten, hebben assuradeuren tevens het recht de verzekering op te zeggen. In afwijking van het bepaalde in artikel 7.17.1.4 (7:928), lid 6, BW geldt ten aanzien van de mededelingsplicht voor deze verzekering het volgende:

- een niet beantwoorde of open gelaten vraag wordt geacht ontkennend te zijn beantwoord;
- de slotvraag dient volledig te worden beantwoord. De slotvraag wordt geacht onvolledig te zijn beantwoord, indien daarbij feiten en omstandigheden zijn verzwegen of verkeerd voorgesteld, waarvan aanvrager, bijvoorbeeld op grond van de overige op het aanvraagformulier gestelde vragen en/of de aard van de aangevraagde verzekering in relatie tot hetgeen niet is opgegeven of verkeerd is voorgesteld, in redelijkheid moest begrijpen dat deze voor beoordeling van het ter verzekering aangeboden risico van belang konden zijn.

Strafrechtelijk verleden

Bent u, of een andere belanghebbende bij deze verzekering, in de laatste acht jaar, als verdachte of ter uitvoering van een opgelegde (straf)maatregel, in aanraking geweest met de politie of justitie in verband met:

- wederrechtelijk verkregen of te verkrijgen voordeel, zoals diefstal, verduistering, bedrog, oplichting, valsheid in geschrifte of poging daartoe?
- wederrechtelijk benadeling van anderen, zoals vernieling of beschadiging, mishandeling, afpersing en afdreiging of enig misdrijf gericht tegen de persoonlijke vrijheid of tegen het leven of poging daartoe;
- overtreding van de Wet Wapens en Munitie, de Opiumwet, de Wet op de economische delicten?

Nee

Ja

Zo ja, geef hieronder dan aan om welk strafbaar feit het ging, of het tot een rechtszaak is gekomen, wat het resultaat daarvan was en of eventuele (straf) maatregelen al ten uitvoer zijn gelegd. Indien het niet tot een rechtszaak is gekomen, geef dan aan of er sprake is geweest van een schikking met het Openbaar Ministerie, en zo ja, tegen welke voorwaarden de schikking tot stand kwam.

.....
.....

Bij bevestigende beantwoording kunt u de gevraagde informatie desgewenst vertrouwelijk zenden aan de directie van W.A. Hienfeld B.V.

Belangrijk om te weten:

Looptijd

De verzekering wordt aangegaan voor een termijn van 12 maanden, wordt stilzwijgend verlengd en is wederzijds opzegbaar met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden.

Einde verzekering

De verzekering zal eindigen en ophouden te bestaan nadat:

1. verzekerde beroepsmatig gaat vliegen;
2. na het verstrijken van 48 maanden gerekend van de datum van eerste verstrekking van het medisch certificaat klasse 1;
3. verzekerde de opleiding heeft voltooid.

Uitsluitingen

De verzekering biedt géén recht op uitkering indien de medische ongeschiktheid direct of indirect het gevolg is van onder andere:

- zelfverminking, poging tot zelfmoord of mishandeling die door verzekerde of verzekeringnemer zelf is uitgelokt;
- een door verzekerde of verzekeringnemer uitgevoerde misdaad of betrokkenheid daarbij in uitlokkende zin;
- een ongeval, letsel of ziekte ontstaan door opzettelijk of roekeloos handelen door verzekerde of andere belanghebbende(n);

- gevaarlijke sporten, zoals maar niet gelimiteerd tot free style skiën en free style snowboarden, ski of schansspringen, ijshockey, bobsleeën, skeleton sleeën, herhaald vliegen in skipiste helikopters en deelname aan wintersportwedstrijden;
 - werkzaamheden zoals maar niet beperkt tot stuntvliegen, aerobatics of gewasbesproeiing zijn uitgesloten van dekking maar kunnen vaak worden meeverzekerd tegen een premietoeslag. In sommige gevallen krijgt u geen uitkering terwijl u wel blijvend ongeschikt wordt verklaard om te werken als beroepsvlieger;
 - Terrorisme, psychische of gedragsstoornis, drugsgebruik, aids of molest zijn bijvoorbeeld uitgesloten;
- Kijk voor meer informatie en voor een volledige opsomming van de uitsluitingen in de verzekeringsvoorwaarden.

Polisvoorwaarden

Kijk voor de polisvoorwaarden op www.hienfeld.nl - downloadplein. U kunt ze ook opvragen via acceptatie@hienfeld.nl of via telefoonnummer 020 - 5 469 469. Zowel bij uw offerte en na het afsluiten van de verzekering, ontvangt u de van toepassing zijnde polisvoorwaarden.

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Lees de voorwaarden goed door!

Bedenktijd

Bij het aangaan van de Training Expenses verzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen gerekend vanaf het moment dat u de polis en de polisvoorwaarden heeft ontvangen. U kunt de verzekering in deze periode schriftelijk opzeggen. Bij opzeggen in deze periode bestaat er geen aanspraak op dekking.

Bescherming persoonsgegevens

Bij de aanvraag van deze verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. W.A. Hienfeld B.V. gebruikt en verwerkt uw gegevens voor marketing, fraudebestrijding, analyses en het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de eventueel hierop betrekking hebbende financiële afwikkeling en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van het voorkomen en bestrijden van fraude. U geeft W.A. Hienfeld B.V. toestemming uw gegevens uit te wisselen met derden indien dit voor de uitvoering van de verzekering noodzakelijk is. 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 Den Haag. Doelstelling is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie: www.stichtingcis.nl.

Algemene Slotvraag en ondertekening

Beschikt u als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer en verzekerde nog over informatie die voor de beoordeling van deze verzekerings-aanvraag voor assuradeuren van belang kan zijn, en die niet bij de beantwoording van één van de voorgaande vragen is verstrekt?

	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, welke informatie

Ondergetekende verzekeringnemer en verzekerde verklaart ermee bekend te zijn dat:

- dit aanvraagformulier de grondslag van de gevraagde verzekering zal vormen;
- hij/zij bekend is met de op de te sluiten verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden;
- de verzekering pas van kracht is vanaf het moment dat er door W.A. Hienfeld B.V. een schriftelijk bewijs van dekking is uitgereikt;
- op de dienstverlening voor dit product de W.A. Hienfeld B.V. dienstenwijzer van toepassing. Hierin staat onder andere dat aan deze aanvraag geen advies ten grondslag ligt. Met de ondertekening van deze aanvraag geeft aanvrager aan de dienstenwijzer gelezen en begrepen te hebben.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door:

Datum	Plaats
Functie	Handtekening

(Ondertekenaar verklaart bevoegd te zijn kandidaat-verzekeringnemer in deze te vertegenwoordigen)



Doorlopende SEPA incasso machtiging

Algemeen

Naam incassant	:	W.A. Hienfeld B.V.
Adres	:	Postbus 75133
Postcode	:	1070 AC
Plaats	:	Amsterdam
Land	:	Nederland
Incassant-ID	:	NL85ZZZ332405130000
Reden machtiging	:	Betalingen voor verzekeringen / diensten

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

- W.A. Hienfeld B.V. om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en
- Uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van W.A. Hienfeld B.V.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Met blokletters invullen s.v.p.

Naam	:	
Adres	:	
Postcode	:	
Woonplaats	:	
Land	:	
E-mail	:	
IBAN	:	

Datum

Plaats

Handtekening