

Aanvraag/Wijziging Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandige ondernemers en DGA's

Voor zover de gegevens uit de bijgevoegde cijferbijlage blijken, hoeft u ze niet in te vullen

Fortis ASR
Schadeverzekeringen N.V.

Polisnummer _____
Naam verzekeringsadviseur _____
Relatienummer _____

Postbus 2072, 3500 HB, Utrecht
Telefoon (030) 257 8663,
Fax (030) 257 83 63
Bankrekening 86.95.33.843 of
Postbankrekening 6681
t.n.v. Fortis ASR Betalingscentrum B.V.

1 Verzekeringnemer

Voorletters en naam _____
Geboortedatum _____ Man Vrouw Bedrijf
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Bank-/Gironummer _____
Burgerservicenummer _____
Beroep _____

2 Verzekerde

Alleen invullen als dit niet de verzekeringnemer is
Voorletters en naam _____
Geboortedatum _____ Man Vrouw
Beroep _____

3 Contractgegevens

Op welke datum moet de aangevraagde (wijziging van de) verzekering ingaan? _____
Welke contractduur wenst u? 5 jaar 3 jaar (5% opslag) 1 jaar (10% opslag)

De ingangsdatum kan door Fortis ASR worden gesteld op de datum waarop overeenstemming tussen Fortis ASR en de verzekeringnemer wordt bereikt omtrent verzekeringsvoorwaarden en/of premie.

4 Vorm van de verzekering

Bent u een startende ondernemer? ja nee
(niet langer dan 3 jaar ingeschreven bij de Kamer van Koophandel)
Zo ja, datum van inschrijving _____
Inschrijfnnummer _____

Welke verzekeringsvorm wenst u?

Vorm van het product? Instap Basis Uitgebreid
Welke tariefvorm wenst u? Standaardtarief Combatarief
(bij de AOV Basis is alleen Combatarief mogelijk)

Sluit u deze AOV in combinatie met het ZZP Combipakket? nee ja, pakketnummer _____

Uitkeringsschaal rubriek A

Welke uitkeringsschaal wenst u? Standaard Afwijkend, vanaf _____ %

Uitkeringsschaal rubriek B

Welke uitkeringsschaal wenst u? Standaard Afwijkend, vanaf _____ %
(bij de AOV Basis is er geen afwijkend percentage mogelijk, de uitkering geschiedt conform de opbouwstaffel)

Wachtijd

Welke periode van arbeidsongeschiktheid wilt u als "eigen risico" nemen? 30 dagen 90 dagen _____

Eindleeftijd

Tot welke leeftijd wenst u de uitkering te ontvangen?

55 jaar 60 jaar 62 jaar 65 jaar _____ jaar

Verlengde eindleeftijd?

60 jaar 65 jaar

(Voor beroepsklasse 4 of 5 met maximalisering)

Te verzekeren jaarrente (= te verzekeren bedrag)

Voor rubriek A

€ _____

Voor rubriek B

€ _____

Aard van de te verzekeren jaarrente

Gelijkblijvend

(Bij AOV Basis is alleen CBS index mogelijk)

Samengesteld klimmend met _____ % (keuze uit 1% t/m 5%)

1 jaar na ingang B-rente stijgend met _____ % (keuze uit 1% t/m 5%)

CBS index en 1 jaar na ingang B-rente stijgend met _____ % (keuze uit 1% t/m 5%)

CBS index tot Arbeidsongeschiktheid, daarna gelijkblijvend

Welke A.O. criterium wenst u

(Bij de AOV Basis geldt in de eerste drie jaar

Passende arbeid)

Passende arbeid

Beroepsarbeidsongeschiktheid

(Bij de AOV Instap is alleen Passende Arbeid mogelijk)

Hoe wilt u de premie betalen?

per:

maand (6% opslag)

kwartaal (5% opslag)

halfjaar (3% opslag)

jaar

No-claim optie (alleen mogelijk bij Instap en Uitgebreid)

ja nee

5 Begunstiging

Aan wie moet de uitkering geschieden?

Verzekeringnemer

6 Toetsingscriteria

Hoe groot was de nettowinst / het winstaandeel uit onderneming, respectievelijk bij loondienst, het bruto inkomen uit arbeid volgens de aangifte inkomstenbelasting? (alle velden invullen a.u.b.)
(Ook invullen indien u hiervoor in loondienst was.)

Afgelopen jaar

Twee jaar geleden

Drie jaar geleden

minder dan € 10.000

€ 10.000 tot € 20.000

€ 20.000 tot € 30.000

€ 30.000 tot € 40.000

€ 40.000 tot € 50.000

€ 50.000 of meer

Wat is de winstverwachting voor de komende 3 jaar

jaar 1 _____

jaar 2 _____

jaar 3 _____

7 Werkzaamheden / Beroep

Welk beroep, bedrijf of ambt oefent u uit?

Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

Hoeveel kilometers per jaar bestuurt u zelf een auto?

Waaruit bestaat uw handenarbeid?

Bent u in loondienst?

ja nee

Bent u verzekerd voor de WIA?

ja nee

Bent u directeur/groootaandeelhouder in de zin van de sociale verzekering?

ja nee

Zo ja, wat is uw toegekende bruto jaarsalaris

Hoe lang bestaat uw bedrijf?

Hoeveel mensen heeft u gemiddeld in dienst?

Hoe lang werkt u reeds zelfstandig?

Heeft u een seizoenbedrijf?

ja nee

Zo ja, toelichten

Welke rechtsvorm heeft uw bedrijf?

In geval van V.O.F., aantal firmanten en winstverdeling vermelden

Welke school-resp. beroepsopleidingen heeft u genoten na de lagere school? _____

Hoe lang oefent u uw huidige beroep al uit? _____ jaar

Welke beroepen heeft u daarvoor gehad? _____

Hoe lang heeft u deze uitgeoefend? _____ jaar

Heeft u naast uw huidige beroep ook een nevenberoep? ja nee

Zo ja, welk beroep en hoeveel uren per week? _____

Verblijft u beroepshalve in het buitenland? nee ja, in _____

Hoeveel dagen per jaar gemiddeld? _____ dagen

8 Vragen omtrent het beoefenen van sporten

Welke sporten beoefent u _____

Als amateur _____

(semi) professioneel _____

9 Vroegere verzekeringen

Heeft u vroeger een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd? ja nee

Zo ja, soort verzekering(en) en maatschappij(en) vermelden. Tevens dient u aan te geven of deze nog van kracht zijn.

soort	Maatschappij	van kracht
<input type="checkbox"/> leven <input type="checkbox"/> aov	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> leven <input type="checkbox"/> aov	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> leven <input type="checkbox"/> aov	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Werd enige verzekering ooit geweigerd, opgezegd, onder beperkende voorwaarden of tegen premieverhoging geaccepteerd? ja nee

Zo ja, door welke maatschappij(en), wanneer en waarom? _____

10 Andere verzekeringen ten aanzien van arbeidsongeschiktheid

Wordt door/voor u momenteel ook elders een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd? ja nee

Zo ja, bij welke maatschappij en voor welke dekking / bedragen? _____

Bent u in het laatste jaar gekeurd voor enige verzekeringsmaatschappij? ja nee

Zo ja, wanneer, door wie en voor welke maatschappij? _____

11 Schadeverloop / Schadeverleden

Ontvangt u thans een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid of ziekte uit hoofde van enige (sociale)verzekering? ja nee

Zo ja, toelichten _____

Heeft u ooit een uitkering ontvangen wegens ongeval, arbeidsongeschiktheid of ziekte? ja nee

Zo ja, toelichten (van welke instantie, op welke gronden en hoe lang?) _____

Is u wel eens een uitkering, wegens ongeval, arbeidsongeschiktheid of ziekte geweigerd? ja nee

Zo ja, door wie, wanneer, waarvoor en waarom? _____

12 Keuring

Is de keuring al geregeld? ja nee

Zo ja, bij welke arts (woonplaats vermelden) en wanneer _____

13 Slotvragen en ondertekening

Bent u in de loop van de laatste acht jaar door de strafrechter veroordeeld wegens een vermogens- of geweldsmisdrijf? ja nee

Heeft u verder iets mee te delen, over het te verzekeren risico, of over de te verzekeren persoon, dat voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang zou kunnen zijn? ja nee

Zo ja, toelichten

Fortis ASR heeft uw* antwoorden op de gestelde vragen op dit formulier en de cijferbijlage van de offerte nodig voor de juiste risicobeoordeling en premieberekening.

Niet volledige of onjuiste beantwoording kan ertoe leiden dat de verzekeringnemer in geval van schade zijn recht op uitkering verliest.

Artikel 7:928 Burgelijk Wetboek bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsmaatschappij op te zeggen en/of aan te passen is, indien u* bij het aanvragen van deze verzekering onjuiste of onvolledige informatie verstrekt. Uw plicht op informatie te verschaffen omvat alles wat voor de maatschappij van belang kan zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico en de persoon van de aanvragen en/of verzekerde.

De kandidaat-verzekerde is verplicht de maatschappij ongevraagd te informeren over wijzigingen in zijn/haar gezondheids- en/of arbeidssituatie die zijn opgetreden in de periode liggend tussen de datum van ondertekening van het aanvraagformulier/de gezondheidsverklaring en de datum van ingang van de eventuele polis. Indien bedoelde wijzigingen niet aan de maatschappij worden doorgegeven kan de acceptatie van een eventuele polis met terugwerkende kracht door de maatschappij worden heroverwogen.

Adviseur

Fortis ASR - relatienummer

Datum

Handtekening
te verzekeren persoon

Handtekening
verzekeringnemer

De ondertekende cijferbijlage van deze offerte maakt onderdeel uit van de aanvraag. Wilt u deze daarom meezenden?

Betaling vindt plaats aan:

- de adviseur
 Fortis ASR, per Fortis ASR Maandrekening
 acceptgiro
 automatische incasso (machtiging tekenen)

14 Machtiging

Ondergetekende machtigt hierbij tot wederopzegging Fortis ASR Betalingscentrum B.V., datgene te laten afschrijven wat verschuldigd zal zijn uit hoofde van deze overeenkomst.

Het bank- of gironummer is
tenaamstelling

Datum

Handtekening

*= Toelichting : "U" of "uw" in de vraagstelling van dit aanvraagformulier heeft betrekking op (kandidaat-) verzekerde én de verzekeringnemer.

Voorlopige dekking

De acceptatieprocedure kan enige tijd in beslag nemen. Daarom biedt Fortis ASR u voor de aangevraagde verzekering gratis een voorlopige dekking voor het risico van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval. Het aanvraagformulier moet dan wel binnen 5 x 24 uur na ondertekening in het bezit zijn van Fortis ASR. De voorlopige dekking is van kracht vanaf het tijdstip van ondertekening van het aanvraagformulier of, indien deze datum later ligt, vanaf de gekozen ingangsdatum. De dekking blijft geldig tot de datum van afgifte van de polis, echter met een maximum van 90 dagen.

Fortis ASR behoudt zich het recht voor zonder opgave van redenen de voorlopige dekking op te zeggen. De dekking eindigt dan om 12.00 uur van de tweede werkdag na die, waarop de opzegging door Fortis ASR is verzonden.

Onder ongeval wordt in de zin van deze voorlopige dekking verstaan: een van buiten komend, plotselinge, van zijn wil onafhankelijke, gewelddadige inwerking op het lichaam van de (kandidaat-) verzekerde, die rechtstreeks dusdanig lichamelijk letsel veroorzaakt dat blijvende of tijdelijke arbeidsongeschiktheid daarvan het gevolg is.

Een privacyreglement is van toepassing op persoonsgegevens die onze vennootschap in een persoonsregistratie opneemt.

Gezondheidsverklaring

Fortis ASR

Postbus 2072,
3500 HB Utrecht
Telefoon (030) 257 86 63
Fax (030) 257 83 63

- Betreft:
- Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekering
 - Individuele WGA-Gatverzekering
 - Individuele WIA-Aanvullingsverzekering
 - Individuele WIA-Excedentverzekering
 - Collectieve Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd.

Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijlage. Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat de verzekeraar een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan de verzekeraar doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatie-bevestiging van de verzekeraar of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd.

Lees verder de Toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

Polisnummer _____

Naam verzekerde _____

1 Algemene gegevens

Wie wordt de verzekerde? _____

Naam _____ man vrouw

Voornamen _____

(Schrijf alleen de eerste voornaam voluit) _____

Adres _____

Postcode / Woonplaats _____

Geboortedatum _____

Beroep _____

Waaruit bestaan uw werkzaamheden? _____

Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? _____ uur

De werkzaamheden bestaan uit: Handenarbeid _____ uur Administratie _____ uur

Leiding geven/toezicht houden _____ uur Reizen _____ uur

Wie is uw huisarts? _____

Sinds wanneer? _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

2 Persoonlijke gezondheidsgegevens

Wat is uw lengte en gewicht? Lengte _____ cm

Gewicht _____ kg

Rookt u of heeft u gerookt? ja nee

Vanaf welke leeftijd? _____

Tot wanneer? _____

Wat rookt(e) u? _____

Hoeveel rookte(e) u per dag? _____

Drinkt u alcoholische dranken? ja nee

Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag? _____

Welke drank(en)? _____

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?

ja nee

Vanaf welke leeftijd?

Tot wanneer?

Welke drugs?

Hoe vaak gebruikt(e) u

gemiddeld per week?

3 Uw gezondheidstoestand

Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

- A ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid?
- B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout?
- C verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten?
- D verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen?
- E aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?
- F aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier?
- G aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?
- H goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede?
- I aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI
- J huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie?
- K neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottenhoofd- of stembandaandoeningen?
- L ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?

Heeft u hierboven één of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.

Let op! U moet ook een rubriek aankruisen als u:

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

4 Werkzaamheden

Heeft u de laatste 5 jaar 2 weken of langer achtereenvolgend geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken?

ja nee

Hoe lang heeft u niet gewerkt?

Waarom heeft u niet gewerkt?

Wanneer was dit?

Is dit nog het geval?

Werkt u thans volledig?

ja nee

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 ingevulde aandoening, ziekte of gebrek niet kunt of kon uitvoeren (hier vallen ook klachten onder)?

nee Welke taken kunt u niet uitvoeren? _____
 ja

Sinds wanneer?

Is dit nog het geval?

ja nee

Bent u door een bij vraag 3 ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)?

ja nee

Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt?

Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt?

Hoe lang?

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd?

ja nee

Wanneer bent u afgekeurd?

Om welke reden?

Door welke instantie?

5 Bloedonderzoek

Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld
bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte,
vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of
geelzucht (hepatitis)?

ja nee

Waarom werd uw bloed onderzocht?

Waarop werd uw bloed onderzocht?

Wanneer vond dit onderzoek plaats?

Wat was het resultaat?

6 Aids en HIV

Heeft u aids?

ja nee

Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond?

(bent u seropositief)?

ja nee

Heeft u in het buitenland een *

bloedtransfusie ondergaan?

ja nee

Wanneer?

In welk land?

Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar *

intraveneus drugs?

ja nee

Heeft u hierbij altijd steriel materiaal

(naalden en spuiten) gebruikt?

ja nee

Wordt u thans of bent u in de afgelopen *

periode van 5 jaar behandeld wegens een

seksueel overdraagbare aandoening?

ja nee

Welke aandoening?

* Als u een van deze vragen met 'Ja' beantwoordt, kan een HIV-test deel uitmaken van de aanvullende medische keuring.

U kunt in de Toelichting lezen onder welke voorwaarden dit het geval is.

7 Gehoor en gezichtsvermogen

Heeft u een gehoorstoornis?

ja nee

Links Rechts

Wat is de oorzaak?

Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen?

ja nee

Links Rechts

Wat is de oorzaak?

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

ja nee

Sterkte links

Sterkte rechts

8 Vragen over uw familieleden

Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek.

Heeft uw vader, moeder en/of broers of zusters

geleden (of lijdt nog) aan hart- en vaatziekten,

suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoeningen

van psychische aard?

Nee

Ja, Vul dan onderstaande vragen in

Hart- en vaatziekten

Suikerziekte

Hoge bloeddruk

Aandoening van
psychische aard

Vader

Welke aandoening?

Vanaf welke leeftijd?

Indien overleden aan deze aandoening:

Op welke leeftijd?

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde _____

Geboortedatum _____

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in.

Vermeld de letter van de categorieën aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan.

Letter van de rubriek vraag 3 _____

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden? _____

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen? Van _____ tot en met _____

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd? ja nee

Wanneer bezocht u uw huisarts? _____

Staat u nog onder controle? ja nee

Arts of hulpverlener

Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consulta-tiebureamedewerker, psycholoog, psycho-therapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur? ja nee

Welke arts of hulpverlener heeft u bezocht (naam en specialisme)? _____

Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener? _____

Staat u nog onder controle? ja nee

Heeft u nog klachten? ja nee

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? ja nee

Welke medicijnen zijn voorgeschreven? _____

Gebruikt u deze nog? Nee, wanneer gestopt? _____

Ja, in welke dosering? _____

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting? ja nee

Wanneer bent u opgenomen? _____

In welk ziekenhuis? _____

Door welke arts bent u behandeld? (Naam en specialisme) _____

Bent u geopereerd? ja nee

Wanneer bent u geopereerd? _____

In welk ziekenhuis? _____

Door welke arts bent u behandeld? (Naam en specialisme) _____

Blijvende gevolgen na een ongeval

Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht,

het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend

lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden? ja nee

Wanneer gebeurde dit ongeval? _____

Wat zijn de medische gevolgen hiervan? _____

Toelichting bij de gezondheidsverklaring

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem contact op met de verzekeraar.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een arbeidsongeschiktheidsverzekering kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanvraagformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de gezondheidsverklaring. De geneeskundig adviseur van de verzekeraar geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan de verzekeraar. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur de verzekeraar adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren.

Vragengrens

De gezondheidsverklaring biedt de geneeskundig adviseur doorgaans voldoende informatie om een advies te kunnen geven voor een 'gewone' arbeidsongeschiktheidsverzekering. Onder gewoon wordt hier bedoeld: een verzekering tot de vragengrens. De vragengrens geldt bij bedragen groter dan:

- Vanaf 50.000 voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid voorzien in een uitkering;
- Vanaf 50.000 voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid voorzien in een uitkering.

Medische gegevens vertrouwelijk

Uw medische gegevens worden, samen met eventuele andere medische stukken in een afzonderlijk archief in een medisch dossier bewaard. Medische gegevens zijn vertrouwelijk en worden ook als zodanig behandeld. Dat wil zeggen dat ze in principe alleen voor de geneeskundigadviseur toegankelijk zijn. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. In wet- en regelgeving is vastgelegd wat wel en niet mag met medische gegevens van een verzekerde. Die bepalingen zijn uitgewerkt in onder andere de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Daaraan moeten verzekeraars en geneeskundig adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon (070) 3338777 of via de website: www.verzekeraars.nl.

Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop de verzekeraar laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Daarvoor zijn twee redenen. De eerste is dat de verandering van uw ge-

zondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan de verzekeraar. De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan maakt u zich schuldig aan verzwijging. U loopt dan de kans dat u geen uitkering en/of premievrijstelling krijgt als het erop aan komt. U heeft dan voor niets premie betaald. Zodra de verzekeraar u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden. Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd.

Let op: de verzekeraar kan u ook laten weten dat u voorlopig bent geaccepteerd. Ook dan bent u verplicht veranderingen in uw gezondheid door te geven.

Advies geneeskundig adviseur en bezwaar

U heeft het recht als eerste te horen hoe het advies van de geneeskundigadviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij de gezondheidsverklaring een briefje mee te sturen aan de geneeskundig adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen. U kunt de geneeskundig adviseur vervolgens verzoeken de verzekeraar niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Bijvoorbeeld als er in staat dat er een hogere premie en/of strengere voorwaarden moet/moeten worden vastgesteld. Het zal duidelijk zijn dat in dat geval geen verzekering mogelijk is. Anders gezegd: zonder advies – geen verzekering. Stuur u de (ingevulde en ondertekende) gezondheidsverklaring in, dan gaat de verzekeraar ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens. Heeft u daar echter wel bezwaar tegen, dan moet u de gezondheidsverklaring niet insturen. Maar ook in dat geval geldt weer: geen gegevens – geen verzekering.

Meer informatie:

HIV-test

Om een goed advies te kunnen opstellen, kan het zijn dat de geneeskundig adviseur meer over uw gezondheid wil weten dan wat u aan gegevens verstrekt in de gezondheidsverklaring, zoals extra informatie van uw behandelend(e) arts(en). Misschien kan ook een aanvullende medische keuring of een HIV-test daar deel van uitmaken. Dit gebeurt alleen met uw toestemming. De geneeskundig adviseur kan om een HIV-test vragen als u ja heeft geantwoord bij een (of meer) van de laatste drie vragen onder vraag 6 op de gezondheidsverklaring. Een HIV-test hoeft u volgens de HIV-gedragscode alleen te ondergaan als u:

- een bloedtransfusie heeft ondergaan in een ander land dan de hierna volgende: de landen die deel uitmaken van de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, de VS, Canada, Japan, Australië en Nieuw-Zeeland; of
- intraveneus drugs (heeft) gebruikt en daarbij niet altijd steriel materiaal (heeft) gebruikt; of
- in de afgelopen vijf jaar bent behandeld wegens anale gonorrhoe.

Heeft u alle vragen over aids en HIV onder vraag 6 op de gezondheidsverklaring met nee beantwoord, of blijkt uit een HIV-test dat u niet seropositief bent, dan kan de verzekeraar de verzekering op dit punt zonder problemen accepteren.

HIV-gedragscode

Bij een HIV-test geldt een aantal voorwaarden die zijn opgenomen in de HIV-gedragscode. Die kunt u opvragen via de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

Erfelijke aandoeningen

In de gezondheidsverklaring wordt niet uitdrukkelijk gevraagd naar verricht erfelijkheidsonderzoek van uzelf of uw familie. Wel worden onder vraag 8 enige vragen gesteld naar een aantal in uw familie eventueel voorkomende ziekten. Wilt u een verzekering onder de vragengrens, dan moet u toch bepaalde informatie geven over de uitkomsten van erfelijkheidsonderzoek dat op uzelf betrekking heeft:

- als daarbij bij u de diagnose van een erfelijke ziekte is gesteld, én de ziekte zich heeft geopenbaard;
- als u op grond van een genetische diagnose een preventieve behandeling ondergaat (of heeft ondergaan). Bijvoorbeeld een preventieve behandeling tegen borstkanker na een erfelijkheidsonderzoek. Deze informatie geeft u aan in de bijlage bij vraag 3.

Let op: wordt u om extra medische informatie gevraagd, dan hoeft u die niet te geven als u dat niet wilt. U hoeft ook geen (aanvullend) medisch onderzoek te ondergaan als u dat niet wilt. Maar ook dan kan de verzekeraar afzien van acceptatie.

Boven vragengrens

Wie een verzekering met hogere bedragen, dus boven de vragengrens, wil afsluiten, kan ook om meer informatie worden gevraagd, bijvoorbeeld aangevuld met een medisch onderzoek, of met uw toestemming van extra informatie die van uw behandelend arts komt. Ook zullen dan bloedonderzoek en een HIV-test tot de mogelijkheden behoren. Bij een verzekering boven de vragengrens (zie het kader Vragengrens) bent u verplicht bepaalde informatie over erfelijkheid te verstrekken. Is er erfelijkheidsonderzoek verricht bij u naar aanleiding van aandoeningen in uw familie of zijn er bij u en/of bij uw familieleden erfelijke ziekten vastgesteld, dan moet u de resultaten van onderzoek of de aanwezigheid van de aandoening meedelen. Het doet er in dit geval niet toe of de betreffende aandoening zich al bij u en/of uw familie heeft geopenbaard; in beide gevallen moet u dit melden. Deze informatie geeft u eveneens aan in de aparte bijlage bij vraag 3 bij de gezondheidsverklaring.