



AANVRAAGFORMULIER

Gegevens tussenpersoon:

Agentschapnummer:

A.u.b. alle witte vakken in blokletters invullen!

Lees voor het invullen eerst de "Toelichting Aanvraag Hypotheekbescherming"

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER (EERSTE VERZEKERDE)

Achternaam	<input type="text"/>	voorletters	<input type="text"/>
Geboortedatum <i>tussen 18 - 60 jaar (64 bij ORV)</i>	<input type="text"/>	Sofi-nummer	<input type="text"/>
Beroep	<input type="text"/>	geslacht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
		dienstverband	<input type="checkbox"/> loondienst <input type="checkbox"/> zelfstandig

2. GEGEVENS (TWEEDE) VERZEKERDE *

Achternaam	<input type="text"/>	voorletters	<input type="text"/>
Geboortedatum <i>tussen 18 - 60 jaar (64 bij ORV)</i>	<input type="text"/>	Sofi-nummer	<input type="text"/>
Beroep	<input type="text"/>	geslacht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
		dienstverband	<input type="checkbox"/> loondienst <input type="checkbox"/> zelfstandig

3. ADRESGEGEVENS

Huidige straatnaam	<input type="text"/>	huisnummer	<input type="text"/>
Postcode + plaats	<input type="text"/>		
Toekomstige straatnaam	<input type="text"/>	huisnummer	<input type="text"/>
Postcode + plaats	<input type="text"/>		

4. GEGEVENS DEKKING AO / WW / EA

	eerste verzekerde	(tweede) verzekerde
Dekkingskeuze <i>- WW is alléén mogelijk in combinatie met AO</i> <i>- AO en WW zijn alléén mogelijk voor mensen in loondienst</i>	<input type="checkbox"/> Arbeidsongeschiktheid (AO) <input type="checkbox"/> Werkloosheid (WW) <input type="checkbox"/> Ernstige Aandoeningen (EA)	<input type="checkbox"/> Arbeidsongeschiktheid (AO) <input type="checkbox"/> Werkloosheid (WW) <input type="checkbox"/> Ernstige Aandoeningen (EA)
Te verzekeren maandlast (<i>minimaal € 125 en maximaal € 2000</i>)	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>
Looptijd in maanden (<i>maximaal tot 65-jarige leeftijd</i>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigen risico AO (<i>30 dagen: maximale looptijd is 180 maanden</i>)	<input type="checkbox"/> 30 dagen <input type="checkbox"/> 365 dagen	<input type="checkbox"/> 30 dagen <input type="checkbox"/> 365 dagen
Berekende premie <input type="checkbox"/> Koopsom <input type="checkbox"/> Maandpremie (<i>minimaal €15,-</i>)	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>
<i>(De betalingswijze is voor beide verzekerden op één aanvraagformulier gelijk)</i>		
Arbeidsongeschiktheidspremie fiscaal aftrekbaar maken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Aanvinken wanneer u een Maandlasten Opvang Polis wilt aanvragen i.p.v. een Hypotheek Opvang Polis:	<input type="checkbox"/>	

5. GEGEVENS DEKKING ORV

	eerste verzekerde	(tweede) verzekerde
Kapitaalvorm Overlijdensrisicoverzekering (ORV)	<input type="checkbox"/> gelijkblijvend <input type="checkbox"/> lineair dalend <input type="checkbox"/> annuïtair dalend <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> gelijkblijvend <input type="checkbox"/> lineair dalend <input type="checkbox"/> annuïtair dalend <input type="text"/> %
Te verzekeren kapitaal	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>
<i>Mede in functie van de hoogte van het te verzekeren bedrag en de bij vraag 9 van dit aanvraagformulier verstrekte informatie, kan verzekeraar kandidaat-verzekerde verzoeken een medische keuring te ondergaan en/of specifieke acceptatievoorwaarden formuleren. Dit conform de medische acceptatierichtlijnen vermeld op de "Toelichting Aanvraag Hypotheekbescherming".</i>		
Looptijd in jaren (<i>maximaal tot 70-jarige leeftijd</i>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berekende premie <input type="checkbox"/> Koopsom <input type="checkbox"/> Maandpremie (<i>minimaal €15,-</i>)	E <input type="text"/>	E <input type="text"/>
<i>(De betalingswijze is voor beide verzekerden op één aanvraagformulier gelijk)</i>		
De volgende begunstiging zal op de polis worden aangetekend voor het overlijdensrisicodeel: 1. Verzekeringnemer(s) / 2. Diens weduwe/weduwenaar/geregistreerd partner / 3. Diens kinderen / 4. Diens erfgenamen		
Verpanding ORV:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, aan <input type="text"/> te <input type="text"/>	
Kruislings afsluiten overlijdensrisicoverzekering?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja (<i>vul het onderstaande in</i>)	

Premieverschuldiging in verband met successierechten:

Premieplichtige voor het overlijdensdeel op het leven van de (eerste) verzekerde:

Naam Geslacht m v Geboortedatum

Premieplichtige voor het overlijdensdeel op het leven van de tweede verzekerde:

Naam Geslacht m v Geboortedatum

* Indien de overlijdensrisicoverzekering kruislings wordt afgesloten voor twee verzekerden, dan is de hier genoemde persoon tevens tweede verzekeringnemer. De bij punt 1 genoemde verzekeringnemer is in dat geval de eerste verzekeringnemer.

6. INGANG & WIJZE VAN BETALING

Ingangsdatum verzekering

De totale koopsom van deze aanvraag ten bedrage van € zal door de (eerste) verzekeringnemer worden voldaan:

- via de notaris (vul de aangehechte notarisbrief in, scheur deze van dit aanvraagformulier en stuur de notarisbrief rechtstreeks aan het betreffende notariskantoor)
- per acceptgiro (wordt automatisch door verzekeraar verstuurd)

In geval van maandpremiebetaling machtigt de (eerste) verzekeringnemer Cardif Schadeverzekeringen N.V. / Cardif Levensverzekeringen N.V. tot het automatisch afschrijven van de totale maandpremie van deze aanvraag ten bedrage van € van:

(Post)bankrekeningnummer op naam van

Deze doorlopende machtiging geldt tot wederopzegging. Om deze machtiging in te trekken dient u zich schriftelijk te richten tot de verzekeraar. U heeft een maand de tijd om uw bank- of girokantoor opdracht te geven het bedrag terug te boeken. De premie wordt op de eerste dag van iedere maand geïncasseerd.

7. GEZONDHEIDSVERKLARING

eerste verzekerde (tweede) verzekerde

1. Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? Ja Nee Ja Nee
2. Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten **ooit** een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor: (chronische) luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek, epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte? Ja Nee Ja Nee
3. Staat u onder behandeling en/of controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen? Ja Nee Ja Nee
Wat zijn uw lengte en gewicht? cm kg cm kg

LET OP: Heeft u één van de bovenstaande vragen met JA beantwoord of heeft u bij arbeidsongeschiktheid voor een eigen risico periode van 30 dagen gekozen? Vul dan eerst de medische vragenlijst in onder punt 7a alvorens verder te gaan met punt 8.

Neem wanneer beide verzekerden de medische vragenlijst (punt 7a) in moeten vullen een nieuw aanvraagformulier. Vul daarop alleen punt 7a in en stuur beide formulieren gezamenlijk in.

8. VERKLARING ARBEIDSONGESCHIKTHEID / WERKLOOSHEID (indien aangevraagd)

Ondergetekende(n) verklaart/verklaren:

- zijn/haar/hun beroep voor tenminste 18 uur per week betaald en actief uit te oefenen;
- in de 12 maanden voorafgaand aan deze aanvraag gedurende niet meer dan 30 al dan niet aaneengesloten dagen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (lees: niet hebben gewerkt) ten gevolge van een ziekte, aandoening of ongeval te zijn geweest en dit momenteel niet te zijn;

Indien het risico van werkloosheid wordt verzekerd, verklaart/verklaren ondergetekende(n) bovendien:

- in de 3 maanden voorafgaand aan deze aanvraag op basis van een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur aan het werk te zijn geweest en geen voorkennis te hebben omtrent zijn/haar/hun ontslag.

LET OP: Als u deze verklaring niet kunt afleggen, dan verzoeken wij u samen met uw adviseur contact op te nemen met onze Helpdesk (tel. 0162 - 486 000).

9. VERKLARING OVERLIJDENSRISSICO (indien aangevraagd)

Is de afgelopen drie jaar op het leven van de kandidaat-verzekerde(n) een verzekering afgesloten of een bestaande verzekering verhoogd met overlijdensrisico of is (wordt) elders ook een levensverzekering met een overlijdensrisico aangevraagd? Indien ja, bij welke maatschappij(en) en voor welk(e) bedrag(en) en is/word(en)t deze wel of niet geroyeerd bij het aangaan van deze overlijdensrisicoverzekering?

Eerste verzekerde: Nee Ja, e Geroyeerd ja nee
" ja nee
(Tweede) verzekerde: Nee Ja, e " ja nee
" ja nee

10. ONDERTEKENING

Het is ondergetekende(n) bekend dat de definitieve premie(s) en dekking(en) door verzekeraar(s) worden vastgesteld aan de hand van dit aanvraagformulier, de eventuele medische vragenlijst(en) en de eventuele medische keuring(en) en dat verzekeraar(s) in functie van de aangevraagde dekking(en) zich het recht voorbehoudt/voorbehouden aanvullende medische informatie te vragen. Het is ondergetekende(n) bekend dat de verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door verzekeraar(s) gevoerde persoonsregistratie. Ondergetekende(n) verklaart/verklaren kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met de toepassing van de algemene verzekeringsvoorwaarden, welke na acceptatie van deze aanvraag samen met de polis zullen worden uitgereikt. Deze voorwaarden zijn opvraagbaar bij uw tussenpersoon of worden op verzoek vóór het sluiten van de verzekering toegezonden. Ondergetekende(n) machtigt/machtigen iedere arts of specialist om in geval van arbeidsongeschiktheid of overlijden van verzekerde(n) of bij constatering van een ernstige aandoening bij verzekerde(n) aan (de medisch adviseur van) verzekeraar(s) alle medische informatie te verstrekken, die voor de beoordeling van een eventuele vordering van belang kan zijn. Als de ingangsdatum van de verzekering in de toekomst ligt, bent u verplicht om wijzigingen in uw arbeids- en/of gezondheidssituatie, die opgetreden zijn na de ondertekening van de aanvraag, maar voor de ingangsdatum van de verzekering, direct schriftelijk te melden aan verzekeraar(s). Ondergetekende(n) verklaart/verklaren beroep te willen doen op Job Care en machtigt/machtigen verzekeraar(s) alle hiertoe benodigde informatie te verschaffen aan de reïntegratieservice.

Bij kruislings afsluiten overlijdensrisicoverzekering: Alle premieplichtigen ingevolge deze overeenkomst gaan ermee akkoord dat de door hen verschuldigde premie zal worden geïncasseerd bij de (eerste) verzekeringnemer. Iedere premieplichtige voor het overlijdensdeel verzoekt de verzekeraar zich voor de incasso van de verschuldigde premie te richten tot de (eerste) verzekeringnemer. De (eerste) verzekeringnemer verklaart zich akkoord met bovengenoemde wijze van incasso.

Artikel 251 van het Wetboek van Koophandel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard, indien u bij het aanvragen van een verzekering onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt. Uw plicht om informatie te verschaffen heeft betrekking op alles wat voor verzekeraar van belang kan zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico en de persoon van de aanvrager en/of verzekerde. Het gevolg van "verzwijging", ook al was u zich dit niet bewust, is dat verzekeraar zich op ongeldigheid van de verzekeringsovereenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren.

Datum Plaats

Handtekening verzekeringnemer (eerste verzekerde)

Handtekening (tweede) verzekerde

7a. MEDISCHE VRAGENLIJST

- Alleen invullen indien nodig conform de toelichting bij punt 7
- Lees voor het invullen eerst de "Toelichting Aanvraag Hypotheekbescherming"
- Beantwoordt de vragen duidelijk en volledig, ook als u deze al eerder heeft beantwoord.

Ingevuld door:

(naam kandidaat-verzekerde)

Geboortedatum

Wie is uw huisarts?

te

Indien u rookt: wat

hoeveel stuks per dag?

sinds wanneer rookt u?

Indien u heeft gerookt: wat

hoeveel stuks per dag?

hoelang heeft u niet meer gerookt?

Indien u drugs gebruikt (heeft): wat

frequentie per

sinds wanneer?

tot

Welke alcoholische dranken gebruikt u?

hoeveel glazen per dag?

Hokje aankruisen dat van toepassing is.

Indien "ja" moet worden aangekruisd, TOELICHTING geven aan rechterzijde.

	Nee	Ja	TOELICHTING; welke, sinds wanneer?
1a. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Heeft u met betrekking tot uw gezondheid klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2a. Bent u ooit behandeld voor enige vorm van kanker? Zo ja, welke? Was deze kanker goedaardig (benigne) of kwaadaardig (maligne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING;
b. Is uw bloed ooit onderzocht op HIV? Zo ja, wat is de uitkomst van dit onderzoek? <input type="checkbox"/> Positief (HIV aangetoond) <input type="checkbox"/> Negatief (HIV niet aangetoond)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3a. Heeft u wel eens een medisch specialist geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING; waarvoor, wanneer, wie?
b. Heeft u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u nog klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Staat u nog onder controle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4a. Heeft u de laatste 5 jaar medicijnen voorgeschreven gekregen? Zo ja, waarvoor, welke, hoeveel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Gebruikt u deze medicijnen nog steeds? Zo nee, sinds wanneer bent u gestopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5a. Heeft uw huisarts u de laatste 5 jaar behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING; waarvoor, wanneer, hoelang?
b. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginrichting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u de laatste 5 jaar om gezondheidsredenen uw werk langer dan 30 dagen geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Bent u thans ziek of geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Lijdt u aan hypertensie (hoge bloeddruk)? Zo ja, sinds wanneer? Welke medicijnen gebruikt u hiervoor? Wat is de uitslag van de meest recente bloeddrukmeting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7a. Lijdt u aan enige vorm van hart- en/of vaatziekten? Zo ja, welke aandoening? Sinds wanneer? Welke medicijnen gebruikt u hiervoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Staat u hiervoor onder controle van een specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ga op de achterzijde verder met het invullen van deze medische vragenlijst

Scheur deze brief van de aanvraag af en stuur deze naar het notariskantoor



Notariskantoor:

Plaats:

Datum:

Betreft: **Afrekeningsnota bij Hypotheekakte.**

Weledelgestrengte Heer, Vrouwe,

Hierbij vragen wij uw aandacht voor de door de cliënt(en) gekozen hypotheekbescherming door middel van de Hypotheek Opvang Polis of de Maandlasten Opvang Polis.

Aangezien de totstandkoming van deze polis onderdeel uitmaakt van de totale financiële constructie en deze polis hiervoor wellicht uitzonderlijke consequenties heeft, is het niet toegestaan de betaling anders dan rechtstreeks aan de verzekeringsmaatschappij te voldoen.

Wij verzoeken u dan ook vriendelijk voor deze betaling zorg te dragen. Mocht u vragen en/of opmerkingen hebben, dan vernemen wij dat graag van u.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Hoogachtend,

Naam tussenpersoon:

Adres:

Postcode en plaats:

AFREKENINGSNOTA

Bedrag : e
Begunstigde : Cardif Schadeverzekeringen N.V. te Oosterhout
Rekeningnummer : **61.45.14.002** (ABN AMRO Bank)
Onder vermelding van : / /
(agentschapnummer / achternaam verzekeringnemer / geboortedatum verzekeringnemer)

Betalingsopdracht namens: Naam verzekeringnemer:

Adres:

Postcode en plaats:

Handtekening verzekeringnemer :

Vergeet niet de notarisbrief op de achterzijde in te vullen, wanneer de betaling via de notaris plaatsvindt!

Aandachtspunten

1. Scheur deze bladzijde van de aanvraag af;
2. Vul het aanvraagformulier in;
3. Vul, indien nodig, de medische vragenlijst(en) in;
4. Vul, indien de betaling via de notaris plaatsvindt, de notarisbrief in en stuur deze naar het notariskantoor;
5. Controleer of alles volledig en correct is ingevuld en is ondertekend (*wanneer de aanvraag niet volledig is, kunnen wij deze helaas niet in behandeling nemen en zullen wij de aanvraag retourneren*);
6. Stuur het aanvraagformulier inclusief de medische vragenlijst(en) op naar:
Cardif, postbus 4006, 4900 CA OOSTERHOUT.



Voor vragen over dit aanvraagformulier en voor alle overige zaken kunt u contact opnemen met de Helpdesk via 0162 - 486 000.

MEDISCHE VRAGENLIJST

- Deze medische vragenlijst dient tezamen met het aanvraagformulier toegestuurd te worden aan:
Cardif, t.a.v. afdeling acceptatie, Postbus 4006, 4900 CA OOSTERHOUT
- Lees voor het invullen eerst de "Toelichting Aanvraag Hypotheekbescherming"
- Beantwoordt de vragen duidelijk en volledig, ook als u deze al eerder heeft beantwoord.

Ingevuld door:

(naam kandidaat-verzekerde)

Geboortedatum

Wie is uw huisarts?

te

Indien u rookt: wat

hoeveel stuks per dag?

sinds wanneer rookt u?

Indien u heeft gerookt: wat

hoeveel stuks per dag?

hoelang heeft u niet meer gerookt?

Indien u drugs gebruikt (heeft): wat

frequentie

per

sinds wanneer?

tot

Welke alcoholische dranken gebruikt u?

hoeveel glazen per dag?

Hokje aankruisen dat van toepassing is.

Indien "ja" moet worden aangekruisd, **TOELICHTING** geven aan rechterzijde.

	Nee	Ja	TOELICHTING; welke, sinds wanneer?
1a. Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Heeft u met betrekking tot uw gezondheid klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2a. Bent u ooit behandeld voor enige vorm van kanker? Zo ja, welke? Was deze kanker goedaardig (benigne) of kwaadaardig (maligne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING;
b. Is uw bloed ooit onderzocht op HIV? Zo ja, wat is de uitkomst van dit onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Positief (HIV aangetoond)			
<input type="checkbox"/> Negatief (HIV niet aangetoond)			
3a. Heeft u wel eens een medisch specialist geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING; waarvoor, wanneer, wie?
b. Heeft u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u nog klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Staat u nog onder controle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4a. Heeft u de laatste 5 jaar medicijnen voorgeschreven gekregen? Zo ja, waarvoor, welke, hoeveel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Gebruikt u deze medicijnen nog steeds? Zo nee, sinds wanneer bent u gestopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5a. Heeft uw huisarts u de laatste 5 jaar behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOELICHTING; waarvoor, wanneer, hoelang?
b. Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginrichting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Heeft u de laatste 5 jaar om gezondheidsredenen uw werk langer dan 30 dagen geheel of gedeeltelijk onderbroken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Bent u thans ziek of geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Lijdt u aan hypertensie (hoge bloeddruk)? Zo ja, sinds wanneer? Welke medicijnen gebruikt u hiervoor? Wat is de uitslag van de meest recente bloeddrukmeting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7a. Lijdt u aan enige vorm van hart- en/of vaatziekten? Zo ja, welke aandoening? Sinds wanneer? Welke medicijnen gebruikt u hiervoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Staat u hiervoor onder controle van een specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Komen er hart- en/of vaatziekten voor bij familie vóór de leeftijd van 60 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Handtekening kandidaat-verzekerde pagina 1/2

Inleidend

U staat op het punt om een verzekeringsovereenkomst aan te gaan. Deze overeenkomst brengt met zich mee dat de verzekeraar een aantal gegevens van u moet weten. Het aanvraagformulier, de eventuele medische vragenlijst en de stukken bij een eventuele medische keuring worden door de verzekeraar gebruikt voor de beoordeling van het aan te vragen risico. Op basis daarvan wordt bepaald of de verzekering tot stand komt en worden de premie en andere voorwaarden vastgesteld. Het aanvraagformulier dient ingevuld te worden tezamen met uw tussenpersoon. Het is wel van belang dat u zich realiseert dat uzelf verantwoordelijk bent voor de juiste en volledige beantwoording van de vragen op het aanvraagformulier, ook al vult een ander het formulier voor u in. Onjuist of onvolledig invullen van het aanvraagformulier, de eventuele medische vragenlijst en de stukken bij een eventuele keuring kan tot gevolg hebben dat de verzekering nietig wordt verklaard of dat later geen recht op een uitkering bestaat. Bent u op enig moment niet eens met de beslissing van de verzekeraar, dan kunt u zich wenden tot het interne klachtenbureau van de verzekeraar. Kunt u het daarmee niet eens worden, dan kunt u zich wenden tot het Klachteninstituut Verzekeringen, postbus 93560, 2509 AN Den Haag of via internet: www.klachteninstituut.nl.

Aanvraagformulier (aanvraag/verklaring)

1. PERSOONSGEGEVENS

Op het aanvraagformulier moet u een aantal persoonsgegevens vermelden. Op de verwerking door verzekeraars van deze persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode zijn de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking geregeld. De volledige tekst van deze gedragscode kunt u opvragen bij het Informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, postbus 93450, 2509 AL Den Haag of via internet: www.verzekeraars.nl. De bij de aanvraag of wijzigingen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en beheren van daaruit voortvloeiende relatie, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude.

2. SOFI-NUMMER

In verband met de aangescherpte wettelijke verplichting zijn verzekeraars met ingang van 1 januari 2007 wettelijk verplicht om voor het afsluiten van een nieuwe verzekering van hun cliënten het sofi-nummer te vragen.

3. DE DEKKING ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Met inachtneming van de algemene verzekeringsvoorwaarden (met name artikel 1 en 5 van de bijzondere bepalingen inzake arbeidsongeschiktheid) ontvangt u maandelijks een uitkering ter grootte van het door u gekozen verzekerd maandbedrag indien u door een ongeval en/of ziekte niet in staat bent om werkzaamheden te verrichten en een arbeidsongeschiktheidspercentage van 45% of meer heeft toegewezen gekregen door de uitvoeringsinstelling van de WAOWAZ (of vervangende wet indien deze wijzigt). U heeft pas recht op uitkering na de door u gekozen eigen risicoperiode (zie polisblad) en dit recht loopt door tot u weer genezen bent, uw polis eindigt of u 240 maandelijks uitkeringen heeft ontvangen.

4. DE DEKKING WERKLOOSHEID

Met inachtneming van de algemene verzekeringsvoorwaarden (met name artikel 1 en 4 van de bijzondere bepalingen inzake werkloosheid) ontvangt u maandelijks een uitkering ter grootte van het door u gekozen verzekerd maandbedrag indien u als gevolg van onvrijwillig ontslag een volledige WW-uitkering ontvangt en in het jaar voorafgaand aan het ontslag voor tenminste 18 uur per week aan het werk was met een vast contract. U heeft pas recht op uitkering na de eventuele eigen risicoperiode (zie polisblad) en dit recht loopt door tot u weer aan het werk bent, uw polis eindigt of u 12 maandelijks uitkeringen per ontslag heeft ontvangen. Per polis geldt per verzekerde een maximum van 60 maandelijks uitkeringen. De dekking werkloosheid is alleen mogelijk in combinatie met de dekking arbeidsongeschiktheid. Verder is het voor zelfstandigen niet mogelijk om de dekking werkloosheid te sluiten.

5. DE DEKKING ERNSTIGE AANDOENINGEN

Met inachtneming van de algemene verzekeringsvoorwaarden (met name artikel 1 en 4 van de bijzondere bepalingen inzake ernstige aandoeningen) ontvangt u een uitkering ter grootte van het door u gekozen verzekerd maandbedrag vermenigvuldigd met 24 (looptijd t/m 359 maanden) of 36 (looptijd 360 maanden). Dit kapitaal wordt eenmalig en belastingvrij uitgekeerd. U ontvangt dit kapitaal indien u lijdt aan één van de in de algemene verzekeringsvoorwaarden genoemde ernstige aandoeningen en u na de vaststelling niet overlijdt binnen 30 dagen. U kunt voor één ziekte zowel recht hebben op uitkering uit de dekking arbeidsongeschiktheid én ernstige aandoeningen.

6. DE DEKKING OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING

Met inachtneming van de algemene verzekeringsvoorwaarden wordt een uitkering gedaan bij overlijden van verzekerde. De uitkering bedraagt het door u gekozen kapitaal (indien u heeft gekozen voor een gelijkblijvend kapitaal) of een kapitaal berekend op basis van het door u gekozen kapitaal bij aanvang (indien u heeft gekozen voor een lineair of annuïtair dalend kapitaal).

7. EXTRA DEKKINGEN

Job Care bij arbeidsongeschiktheid: In een vroegtijdig stadium wordt in overleg met u en uw werkgever een professioneel reïntegratiebedrijf ingeschakeld om samen uw terugkeer in het arbeidsproces waar mogelijk te versnellen.

Job Care bij werkloosheid: Hierbij kijkt een professioneel reïntegratiebedrijf in samspraak met u of er een functie te vinden is die aansluit bij uw opleiding, werkervaring en/of inkomen.

Home Care: Vergoedt de eigen bijdrage die volgens de Wet Voorzieningen Gehandicapten wordt verlangd als u arbeidsongeschikt wordt en uw huis moet aanpassen of moet verhuizen.

8. UITSLUITINGEN

Verzekeraar hecht er groot belang aan om duidelijk in de algemene verzekeringsvoorwaarden de verzekerde risico's te vermelden. Het is daarom raadzaam de uitsluitingen die staan vermeld bij elke dekking vóór ondertekening van het aanvraagformulier met uw tussenpersoon door te nemen.

9. FISCALITEIT

Kiest u er bij de aanvraag voor om het arbeidsongeschiktheidsdeel van de premie aftrekbaar te maken (op het belastingaangifteformulier bij Premies voor particuliere verzekeringen), dan zal over de mogelijke uitkering inkomstenbelasting worden geheven. De uitkering geschiedt periodiek (maandelijks) en is belast in Box 1. Kiest u er bij de aanvraag voor om het arbeidsongeschiktheidsdeel van de premie niet aftrekbaar te maken, dan zal over de mogelijke uitkering geen inkomstenbelasting worden geheven. De uitkering geschiedt in dat geval eenmalig, maar heeft toch een periodiek (maandelijks) karakter omdat verzekeraar met maandelijks voorschotten werkt.

10. KRUISLINGS SLUITEN OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING

Bij het kruislings afsluiten van een overlijdensrisicoverzekering sluit de eerste verzekeringnemer een verzekering op het leven van de tweede verzekerde. Deze tweede verzekerde is vervolgens verzekeringnemer op het leven van de eerste verzekerde. Deze constructie heeft als voordeel dat de achterblijvende partner geen successierechten verschuldigd is over de overlijdensuitkering. Let erop dat deze constructie alleen zinvol is indien er sprake is van ongehuwd samenwonen of van een huwelijk of geregistreerd partnerschap buiten gemeenschap van goederen.

11. LEEFTIJDEN EN VERZEKERDE BEDRAGEN

De aanvangsleeftijd voor de dekkingen arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en ernstige aandoeningen bedraagt 18 t/m 60 jaar. De dekking overlijdensrisico kan worden aangevraagd van 18 t/m 64 jaar. Voor de eerstgenoemde drie dekkingen geldt dat de te beschermen maandlast minimaal € 125,- en maximaal € 2.000,- per verzekerde per dekking bedraagt. De maximale uitkering voor de eerstgenoemde drie dekkingen tezamen bedraagt € 140.000,- per verzekerde. Het te verzekeren kapitaal voor de dekking overlijdensrisicoverzekering kent in principe geen beperkingen. De bescherming kan worden aangevraagd voor maximaal 30 jaar. Is er bij arbeidsongeschiktheid gekozen voor een eigen risicoperiode van 30 dagen, dan is de contractduur maximaal 15 jaar.

12. WIJZE VAN BETALING

Maandpremie: Op het aanvraagformulier machtigt u verzekeraar tot de maandelijks automatische afschrijving van de totale maandpremie. Maandpremiebetaling is alleen mogelijk middels automatische incasso. Het invullen van een geldig (post)bankrekeningnummer is verplicht. De doorlopende machtiging geldt tot wederopzegging. Om deze machtiging in te trekken dient u zich te richten tot de verzekeraar. U heeft een maand de tijd om uw bank- of girokantoor opdracht te geven een bedrag terug te boeken. De premie wordt op de eerste dag van iedere maand geïncasseerd. U betaalt slechts gedurende 2/3^e van de looptijd de maandpremie.

Koopsom: U voldoet de verschuldigde premie eenmalig en ineens aan verzekeraar. Betaling is mogelijk middels acceptgiro (wordt automatisch door verzekeraar verstuurd) of via de notaris. Mocht de betaling geschieden via de notaris, dan is het verstandig gebruik te maken van de afrekennota gericht aan het notarisbureau. Deze "notarisbrief" moet niet aan de verzekeringmaatschappij worden verstuurd, maar aan het betreffende notarisbureau.

13. VERKLARINGEN

Gezondheidsverklaring: Deze verklaring dient te allen tijde ingevuld te worden. Heeft u één van de vragen met "JA" beantwoord en/of heeft u bij arbeidsongeschiktheid een eigen risico van 30 dagen gekozen, dan dient u de medische vragenlijst in te vullen.

Verklaring arbeidsongeschiktheid en/of werkloosheid: Indien u een dekking arbeidsongeschiktheid en/of werkloosheid heeft aangevraagd, dient u deze verklaring te accorderen. Als u deze verklaring niet kunt afleggen, dan wordt u verzocht om samen met uw adviseur contact op te nemen met de helpdesk van verzekeraar (0162 – 486 000).

Verklaring overlijdensrisico: Indien u een overlijdensrisicodekking wenst dient u deze verklaring in te vullen. Op basis van de verstrekte informatie kan een nader medisch onderzoek mogelijk zijn. Want indien het overlijdensrisico van (een) bestaande of reeds elders aangevraagde verzekering(en) samen met de nu aangevraagde verzekering € 150.000,- / € 100.000,- / € 70.000,- of meer per kandidaat-verzekerde bedraagt (afhankelijk van de aanvangsleeftijd), dan zal een nader medisch onderzoek van kandidaat-verzekerde noodzakelijk zijn. Onder overlijdensrisico wordt verstaan het risico dat op de aanvangsdatum van de verzekering voortvloeit uit de verzekerde bedragen op de polis. Ook wanneer er in de verklaring niets is ingevuld kan een medisch onderzoek noodzakelijk zijn, onder andere in functie van de aanvangsleeftijd van de kandidaat-verzekerde en de hoogte van het verzekerde kapitaal, conform de acceptatierichtlijnen van de maatschappij. ATTENTIE: De beoordeling van het totale overlijdensrisico is voor de verzekeraar van doorslaggevend belang. In geval van overlijden van de verzekerde zal worden gecontroleerd of de verstrekte informatie juist is. Indien dit niet het geval blijkt te zijn, dan kan de verzekeraar weigeren de uitkering(en) na het overlijden van de verzekerde te verrichten.

14. ONDERTEKENING

Op deze plaats moet(en) verzekeringnemer / verzekerde(n) hun handtekening zetten. U verklaart met de ondertekening van dit formulier dat de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn beantwoord en dat u hiermee de aangevraagde verzekering wilt verkrijgen. Wanneer later na afsluiting van de overeenkomst blijkt dat u één of meer vragen onjuist of onvolledig heeft ingevuld, kan de verzekeraar de overeenkomst ongeldig verklaren. Dit recht is vastgelegd in artikel 251 Wetboek van Koophandel. Dit betekent bijvoorbeeld dat de verzekeraar een uitkering kan weigeren en de overeenkomst met terugwerkende kracht kan ontbinden.

15. VERPANDING

De verzekering kan verpand worden. Verzekeraar dient een verpandingsakte te ontvangen. De eventuele uitkering zal naar de (bank)instelling gaan waar de polis verpand is en dus niet naar de verzekeringnemer. Het verpanden van het arbeidsongeschiktheiddeel is alleen mogelijk indien de premie niet fiscaal aftrekbaar is gemaakt.

16. AANVRAAGBEVESTIGING *(alleen indien aanvraag via software geschiedt)*

Dit is een schematisch overzicht waarin de belangrijkste kenmerken van de door verzekerden gekozen dekking(en) worden samengevat. Dit document is uitsluitend bestemd voor de administratie van de verzekerde(n).

17. INGANGSDATUM EN ONTVANGST POLIS

Elke dekking van de verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum mits de premie is voldaan. De door u ingevulde datum op het aanvraagformulier is de ingangsdatum van de verzekering. Indien er geen ingangsdatum op het aanvraagformulier is ingevuld, dan geldt de datum van ondertekening als ingangsdatum. De verzekering is bij éénmalige premiebetaling van kracht vanaf het moment dat het verschuldigde bedrag binnen 30 dagen na ingangsdatum op de rekening van verzekeraar is bijgeschreven. Indien de koopsom niet binnen deze termijn aan verzekeraar is voldaan, dan wordt de dekking uitgesteld totdat de koopsom door verzekeraar is ontvangen. De polis zal worden opgemaakt zodra de koopsom door verzekeraar is ontvangen. Bij maandpremiebetaling zal omstreeks de ingangsdatum de polis worden toegestuurd.

18. SCHADEMELDING

U bent verplicht om verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat de schade zich heeft voorgedaan, kennis te geven van de ontstane schade. Na de eerste schademelding ontvangt u een schadeformulier. Dit formulier dient u overeenkomstig de instructies ingevuld en ondertekend te sturen aan Cardif Schadeverzekeringen N.V. - Levensverzekering N.V. t.a.v. de afdeling schade, postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout.

TOELICHTING OP DE MEDISCHE VRAGENLIJST

1. DOEL VAN DE MEDISCHE VRAGENLIJST

Het doel van de medische vragenlijst is de geneeskundig adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te beoordelen of en op welke voorwaarden de aangevraagde verzekering door de verzekeraar kan worden geaccepteerd. Het gaat hierbij om de (medische) gegevens van de verzekerde. Het is dan ook zeer belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn en dat dus ook ogenschijnlijk onbelangrijke klachten en medische consulten worden vermeld, ook als geen medische behandeling volgde of geen afwijkingen werden geconstateerd. Met een juist en volledig ingevulde medische vragenlijst voorkomt u dat de verzekeraar later de verzekering kan vernietigen of dat een verzoek tot uitkering kan worden geweigerd als gevolg van verzwijging. Hoe vollediger de beantwoording is, des te beter en sneller geschiedt de acceptatie. Met nadruk wijzen wij u erop dat ook op vragen die eventueel bij een eerdere gelegenheid reeds door u werden beantwoord, thans opnieuw een antwoord wordt verwacht. Desgewenst kunt u de medische vragenlijst rechtstreeks ter attentie van de geneeskundig adviseur van verzekeraar inzenden. Indien u hiervan geen gebruik maakt, dan geeft u aan de verzekeraar toestemming om medische informatie in het kader van uw eventuele medische acceptatie aan uw tussenpersoon te communiceren, teneinde deze informatie aan u kenbaar te kunnen maken.

2. AANWIJZING VOOR HET INVULLEN

Bij een aantal vragen op de medische vragenlijst dient een keuze tussen ja en nee te worden gemaakt. In alle gevallen geldt: wanneer een vraag met "JA" wordt beantwoord, dan moet u ook een nadere toelichting geven. In de meeste gevallen staat aangegeven wat u precies moet toelichten. Heeft u meer ruimte nodig voor uw antwoorden dan op het formulier beschikbaar is, voeg dan zelf een aparte bijlage toe. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage behoort en vermeldt uw naam en geboortedatum.

3. MEDISCHE GEGEVENS EN HET RECHT VAN BEZWAAR

Bij de verzekeraar worden ontvangen medische vragenlijsten tezamen met eventuele andere (te) ontvangen medische stukken, zoals keuringsrapporten, bewaard in een medisch dossier. Dit medisch dossier wordt conform de daarvoor geldende regelgeving en de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" beheerd door de geneeskundig adviseur. Met het inzenden van de door u ingevulde en ondertekende medische vragenlijst geeft u aan hiertegen geen bezwaar te hebben. Soms is het noodzakelijk dat uw medische gegevens ook aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeraar worden voorgelegd. Verder geeft u met de ondertekening aan af te zien van uw recht om bezwaar te maken tegen het verwerken van uw medische gegevens door verzekeraar voor de acceptatie van uw verzekering. Mocht u wel bezwaar hebben, stuur het formulier dan niet in. Dit heeft uiteraard tot gevolg dat de verzekeraar afziet van het sluiten van de overeenkomst omdat zonder medische gegevens het risico niet adequaat kan worden ingeschat.

4. MEDISCHE KEURING

Het is mogelijk dat de geneeskundig adviseur op basis van de medische vragenlijst meer informatie nodig heeft en bijvoorbeeld een (aanvullende) medische keuring door een onafhankelijk arts vraagt. U ontvangt hierover automatisch bericht. Verzekeraar zal de keuring initiëren.

5. KENNISNEMING MEDISCH ADVIES

U heeft het recht van de geneeskundig adviseur te vernemen, welk advies deze op grond van de ter beschikking staande gegevens van plan is uit te brengen aan de verzekeraar. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol als het medisch advies een hogere premie of andere afwijkende voorwaarden tot gevolg heeft of kan hebben of als de verzekering in het geheel niet kan worden geaccepteerd. U kunt aangeven als eerste kennis te willen nemen van het medisch advies, teneinde te beslissen of de geneeskundig adviseur dit advies mag uitbrengen. Indien u dit wenst, dient u een schriftelijk verzoek daartoe tot de geneeskundig adviseur van de verzekeraar te richten en dit tezamen met uw medische vragenlijst rechtstreeks aan de geneeskundig adviseur te zenden. Een verbod tot uitbrengen van dit advies aan de verzekeraar heeft tot gevolg dat de verzekering niet tot stand komt.

Deze toelichting is informatief bedoeld richting kandidaat-verzekerden. Daar waar er onduidelijkheid zou kunnen ontstaan op basis van deze toelichting, zijn te allen tijde de op een verzekering van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden maatgevend en leidend.