

Aanvraagformulier

Loss of Licence verzekering

U staat op het punt een Loss of Licence verzekering aan te vragen. De Loss of Licence verzekering biedt een kapitaalsuitkering, wanneer de verzekerde beroepsvlieger door de daartoe bevoegde instantie als gevolg van blijvende medische ongeschiktheid permanent wordt afgekeurd voor het medisch certificaat klasse 1 die is veroorzaakt door een ongeval, letsel of ziekte.

Bent u of wordt u een piloot in opleiding dan dient u een aanvraag voor de Training Expenses verzekering in te vullen

Persoonsgegevens van verzekerde en verzekeringnemer

Naam en voorletters

Geslacht man vrouw Geboortedatum

Adres Postcode

Woonplaats Land..... Nationaliteit.....

Telefoonnummer E-mailadres

Algemeen

- Nieuwe aanvraag
- Omzetting van Training Expenses verzekering naar een Loss of Licence verzekering polisnummer
- Verhoging verzekerde som polisnummer
- Gewenste ingangsdatum
- Loopt er naast deze aanvraag nog een andere Loss of Licence - of Training Expenses verzekering? Ja Nee
- Zo ja, voor een bedrag van €.....

Beroepsgegevens

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

- CPL, afgegeven te d.d.
- APTL, afgegeven te d.d.
- B3, afgegeven te d.d.
- B2, afgegeven te d.d.
- B1, afgegeven te d.d.
-, afgegeven te d.d.

Beroep Co-piloot Gezagvoerder

Dienstverband Full time Part time Freelance

Welke maatschappij Datum in dienst

Bij freelance, wat zijn uw werkzaamheden

Bruto jaarsalaris €

Verzekerde som Loss of Licence €

Medische en risicogegevens

Wat is uw lengte en gewicht? 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? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> 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 vragen 1 -14 met "ja" heeft beantwoord.

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht lijdt u of heeft u geleden(1)

.....(2)

In welke periode heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht? - van t/m(1)

- van t/m(2)

Welke van de volgende artsen of Naam(1)

hulpverleners/instanties heeft u hiervoor bezocht? Specialisme(1)

(Huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, psycholoog, psychotherapeut, Naam(2)

consultatiebureau, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bv homeopaat, acupuncturist, Specialisme(2)

chiropractor, e.a.)

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 vervalt. 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(en) 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(en) 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, tegeen 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..

Algemene slotvraag en ondertekening

Beschikt u als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer en verzekerde nog over informatie die voor de beoordeling van deze verzekeringsaanvraag 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;

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door:

Datum	Plaats
Functie	Handtekening

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

Verzekeringsadviseur

Naam	
Adres	Nummer

Polisvoorwaarden

U kunt de polisvoorwaarden opvragen via uw verzekeringsadviseur of via www.hienfeld.nl. Bij het afsluiten van een verzekering ontvangt u de polisvoorwaarden. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Lees de voorwaarden goed door.

Bedenktijd

Bij het aangaan van de Loss of Licence verzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 15 dagen vanaf de aanvang van deze verzekering en u de polis en de polisvoorwaarden heeft ontvangen. De verzekering wordt in dit geval opgezegd per ingangsdatum, zodat er geen verzekeringsdekking heeft bestaan.

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

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	:	

Ondertekening

Datum:	Handtekening:
Plaats:	

Opmerking

Deze machtiging geldt uitsluitend voor toekomstige betalingen. Indien u reeds een nota is verstrekt dient u deze zelf over te maken op IBAN nummer NL66ABNA0411349600 ten name van W.A. Hienfeld B.V. te Diemen, onder vermelding van het klantnummer en het notanummer zoals vermeld op de nota.