

Aanmeldings-/wijzigingsformulier arbeidsongeschiktheidsverzekering

Lees vóór het invullen van dit formulier de Toelichting op het
Aanmeldings-/wijzigingsformulier.

| <u>Gegevens verzekeringsadviseur</u> <i>Deze adviseur behartigt uw arbeidsongeschiktheids- verzekering en adviseert u.</i> | |
|---|-------|
| Naam: | _____ |
| Adres: | _____ |
| Postcode+plaats: | _____ |

| <u>Gegevens verzekeringnemer</u> <i>Zie onderstaande toelichting.</i> | |
|--|------------------|
| Naam kantoor/ maatschappij: | _____ |
| Naam: | _____ |
| Voorletters: | Geslacht: m / v* |
| Adres: | _____ |
| Postcode+plaats: | _____ |
| Land: | _____ |
| Telefoonnr.: | _____ |
| Faxnummer: | _____ |
| E-mailadres: | _____ |
| (Post)banknr.: | _____ |

| <u>Gegevens verzekerde</u> <i>Zie onderstaande toelichting.</i> | |
|--|------------------------------|
| Naam: | _____ |
| Voorletters: | Titel(s): |
| Geboortedatum: | Geslacht: m / v* |
| Sofinummer: | _____ |
| Nationaliteit: | _____ |
| Woonadres: | _____ |
| Postcode+plaats: | _____ |
| Land: | _____ |
| Praktijkadres: | _____ |
| Postcode+plaats: | _____ |
| Land: | _____ |
| Telefoonnr. privé: | _____ |
| Telefoonnr. praktijk: | _____ |
| Faxnummer: | _____ |
| E-mailadres: | _____ |
| (Post)banknr.: | _____ |
| Beroep: | _____ |
| Bent u lid van/ ingeschreven bij een (beroeps) organisatie? | nee / ja* Zo ja, welke? |
| Nummer: | _____ |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Toelichting

De verzekeringnemer is degene met wie de verzekering wordt aangegaan en die als zodanig in de polis is vermeld en/of in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.

De verzekerde is degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend voorzover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden van verzekering recht bestaat cq degene op wiens leven of gezondheid de verzekering betrekking heeft (ongevallendeckking).

Indien verzekeringnemer en verzekerde verschillend zijn, dan dient u beide onderdelen in te vullen. Wanneer het één persoon betreft, dan dient u uitsluitend 'gegevens verzekerde' in te vullen.

Bent u werkzaam in loondienst, dan is het niet mogelijk om de verzekeringnemer en de verzekerde van elkaar te laten afwijken.

Wilt u per verzekering uw wensen kenbaar maken door het aankruisen en invullen van de geldende gegevens. Indien u een loondienstbetrekking heeft, kunt u direct doorgaan naar 'Loondienst'.

Vrije praktijk

Starterskorting

Bent u als (kandidaat-)verzekerde jonger dan 45 jaar en hebt u zich in de afgelopen 3 jaar als zelfstandige gevestigd, dan komt u, mits u een contract voor 5 jaar afsluit, direct bij het afsluiten van de polis in aanmerking voor de Starterskorting. De korting bedraagt in het eerste jaar 25%, in het tweede jaar 15% en in het derde jaar 10% van de premie. Gaat u waarnemen als zelfstandige, dan hebt u de keuze om de Starterskorting direct bij het afsluiten van de verzekering in te laten gaan, danwel direct bij het starten van een eigen praktijk mits dit laatste binnen een termijn van drie jaar na het aangaan van de verzekering is. U kunt de Starterskorting uitsluitend aanvragen als u niet eerder gebruik hebt gemaakt van deze korting. Op de Ongevallendeckking en op buitenlandpolissen wordt geen Starterskorting verleend.

Komt u in aanmerking voor de Starterskorting?

nee / ja*

Langlopende verzekering 1 (L1)

Welke verzekering wilt u?

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering¹⁾:

Indexering APF:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Ondergrens arbeidsongeschiktheid:

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Beroeps-AOV | <input type="radio"/> Tweede Carrière Polis ^{1,2)} | | |
| € | | | |
| <input type="radio"/> geen | <input type="radio"/> CBS | | |
| <input type="radio"/> geen | <input type="radio"/> 3% | <input type="radio"/> 4% | <input type="radio"/> 5% |
| <input type="radio"/> 65 | <input type="radio"/> 62 | <input type="radio"/> 60 | <input type="radio"/> 55 jaar |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 12 |
| <input type="radio"/> 24 maanden | | | |
| <input type="radio"/> 25% | <input type="radio"/> 45% | <input type="radio"/> 65% | |

Langlopende verzekering 2 (L2)

Welke verzekering wilt u?

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering¹⁾:

Indexering APF:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Ondergrens arbeidsongeschiktheid:

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Beroeps-AOV | <input type="radio"/> Tweede Carrière Polis ^{1,2)} | | |
| € | | | |
| <input type="radio"/> geen | <input type="radio"/> CBS | | |
| <input type="radio"/> geen | <input type="radio"/> 3% | <input type="radio"/> 4% | <input type="radio"/> 5% |
| <input type="radio"/> 65 | <input type="radio"/> 62 | <input type="radio"/> 60 | <input type="radio"/> 55 jaar |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 12 |
| <input type="radio"/> 24 maanden | | | |
| <input type="radio"/> 25% | <input type="radio"/> 45% | <input type="radio"/> 65% | |

Waarnemingsverzekering (WN)³⁾

Beoordelingscriterium:

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering:

Uitkeringsduur:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Ondergrens arbeidsongeschiktheid:

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Beroeps criterium | | | |
| € | | | |
| <input checked="" type="radio"/> geen | | | |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 jaar | | |
| <input type="radio"/> 65 | <input type="radio"/> 62 | <input type="radio"/> 60 | <input type="radio"/> 55 jaar |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 6 maanden | |
| <input type="radio"/> 25% | <input type="radio"/> 45% | <input type="radio"/> 65% | |

¹⁾ Is niet mogelijk voor advocaten verzekerd volgens de mantelovereenkomst APF 2007.

²⁾ De Tweede Carrière Polis is niet af te sluiten in combinatie met een Beroeps-AOV.

³⁾ De verzekering kan alleen afgesloten worden in combinatie met een Langlopende Beroeps-AOV.

Vaste kostenverzekering (VK)³⁾

Beoordelingscriterium:

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering:

Uitkeringsduur:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Ondergrens arbeidsongeschiktheid:

Beroepscriterium

€

geen

1 2 jaar

65 62 60 55 jaar

1 3 6 maanden

25% 45% 65%

Loondienst

Langlopende verzekering (L)⁴⁾

Beoordelingscriterium:

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering¹⁾:

Indexering APF:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Beroepscriterium

€

geen CBS

geen 3% 4% 5%

65 62 60 55 jaar

24 36 maanden¹⁾

Vaste lastenverzekering (VL)²⁾

Hoeveel bedragen uw vaste lasten op jaarbasis?
(Onder vaste lasten wordt verstaan hypotheek, huur, energie, water, licht, verzekering, telefonie en kinderopvang.)

Beoordelingscriterium :

Totaal te verzekeren daguitkering:

€

Beroepscriterium

€

Jaarlijkse vaste lasten / 365 dagen = gewenste daguitkering. De daguitkering bedraagt maximaal 30% van uw inkomen met een minimum van € 15,- en een maximum van € 80,-.

geen CBS

geen 3% 4% 5%

65 62 60 55 jaar

12 24 maanden

25% 45% 65% 80%

Indexering¹⁾:

Indexering APF:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Ondergrens arbeidsongeschiktheid:

Beroepsopleidingsverzekering (B) *alleen voor AIOS*

Beoordelingscriterium:

Totaal te verzekeren daguitkering:

Indexering:

Eindleeftijd:

Eigenrisicotermijn:

Beroepscriterium

€

CBS

65 60 jaar

12 24 maanden

¹⁾ Is niet mogelijk voor advocaten verzekerd volgens de mantelovereenkomst APF 2007.

²⁾ Alleen te sluiten in privé-sfeer.

³⁾ De verzekering kan alleen afgesloten worden in combinatie met een Langlopende Beroeps-AOV.

⁴⁾ Is niet mogelijk voor AIOS

Ongevallendekking (O)¹⁾

De Ongevallendekking bestaat uit 2 rubrieken:

-Rubriek A, overlijden als gevolg van een ongeval

-Rubriek B, blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval

Welke rubriek(en) wilt u?

Verzekerd bedrag:

Eindleeftijd:

Tot welk beroepscategorie behoort u?

Begunstigde bij uitkering rubriek A:

Indien de begunstigde bij een uitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval anders is dan de echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner of de wettelijke erfgenamen, beantwoordt u dan deze vraag.

Overbruggingsregeling en optierecht

Overbruggingsregeling AOV

Optierecht AOV

Rubriek A en rubriek B

Alléén rubriek B

Rubriek A én rubriek B: A € _____

B € _____

Alleen rubriek B: B € _____

Voor zelfstandigen geldt een maximum verzekerd bedrag van € 350.000,-, voor werknemers een maximum bedrag van € 150.000,-. Het minimum verzekerd bedrag is € 50.000,-. Het verzekerd bedrag van rubriek A mag niet hoger zijn dan het verzekerd bedrag van rubriek B.

X) Gelijk aan de eindleeftijd van de langlopende verzekering.

A: Snijdende medici, tandartsen, dierenartsen

B: Niet-snijdende medici, huisartsen

C: Fysiotherapeuten en oefentherapeuten

D: Zakelijke dienstverleners, adviserende medici en apothekers

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____ Geslacht: m / v*

Woonadres: _____

Postcode+plaats: _____

nee / ja*

De overbruggingsregeling behorend bij de arbeidsongeschiktheidsdekking houdt in dat vanaf de datum van ontvangst van het aanmeldingsformulier door Movir, tot de acceptatiedatum, arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval gedekt is. Dit betekent dat Movir de gevolgen van een ongeval dat plaatsvindt in die periode bij de acceptatieprocedure buiten beschouwing laat. Onder ongeval wordt verstaan: een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van verzekerde waaruit rechtstreeks in een ogenblik een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De regeling houdt ook in dat - na acceptatie van de verzekering - de ingangsdatum van de verzekering maximaal zes maanden later mag liggen dan de acceptatiedatum zonder dat er nieuwe medische waarborgen nodig zijn.

nee / ja*

Als verzekeringnemer hebt u het recht (het zogenoemde optierecht) om eenmaal per jaar het verzekerde dagbedrag te verhogen zonder dat medische waarborgen nodig zijn. Het verzekerde dagbedrag kan met maximaal 10% worden verhoogd tot ten hoogste het jaarlijks door Movir vast te stellen maximaal te verzekeren dagbedrag en 80% van het inkomen en voor de Vaste lastenverzekering tot 30% van het inkomen. Movir kan desgewenst inkomensgegevens opvragen. Het optierecht vervalt als de verzekeringnemer drie jaar achter elkaar geen gebruik van dit recht heeft gemaakt of als de verzekerde de maximale acceptatieleeftijd heeft bereikt. Van het optierecht kan geen gebruik worden gemaakt op het moment dat de verzekerde arbeidsongeschikt is. Nadat gebruik gemaakt is van het optierecht ontstaat het recht op een volgende optieverhoging één jaar na de eerdere optieverhoging.

¹⁾ De Ongevallendekking kan alleen afgesloten worden in combinatie met een langlopende verzekering.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Verklaringen van de verzekeringnemer

- Aanmelding**
Ondergetekende wenst als verzekeringnemer (een) nieuwe verzekering(en) te sluiten, zoals op dit formulier is aangegeven.
- Wijziging van verzekering(en) onder polisnummer(s):**

polisnummer(s) _____

Ondergetekende wenst als verzekeringnemer zijn/haar verzekering(en) aan te passen of uit te breiden, zoals op dit formulier is aangegeven.

Ondergetekende heeft kennisgenomen van artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek¹⁾ en verklaart met de ondertekening van dit formulier dat de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn beantwoord en dat hij/zij een verzekering zoals op dit formulier is aangegeven wenst.

Ondergetekende verklaart zich voorts akkoord met toepassing van de voorwaarden van verzekering van Movir²⁾ en verklaart kennis te hebben genomen van het leeftijdsafhankelijke tarief dat van toepassing is op de verzekering(en) van Movir.

Ondertekening

Plaats en datum: _____

Handtekening (kandidaat-)verzekeringnemer: _____

Op de met Movir gesloten verzekering(en) is Nederlands recht van toepassing.

Wilt u na ondertekening dit formulier zenden aan:
Movir N. V. - Antwoordnummer 2414 - 3430 VB Nieuwegein
(postzegel niet nodig).

¹⁾ Artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek luidt:
De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

Artikel 7:928 lid 3 Burgerlijk Wetboek luidt:
Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.

²⁾ De voorwaarden van verzekering worden op verzoek vóór het sluiten van de verzekering toegezonden, maar in elk geval bij het afgeven van de polis.

TOELICHTING OP HET AANMELDINGS-/WIJZIGINGSFORMULIER

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem dan contact op met uw verzekeringsadviseur of met Movir.

Persoonlijke gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u de aangevraagde arbeidsongeschiktheidsverzekering, inclusief een eventuele Ongevallendeckking, kunt afsluiten en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u alle vragen volledig beantwoordt. De benodigde medische gegevens worden gevraagd door middel van de gezondheidsverklaring. Uw aanmelding of wijziging kan alleen in behandeling worden genomen als het aanmeldings-/wijzigingsformulier en de gezondheidsverklaring volledig zijn ingevuld, ondertekend en ontvangen door Movir respectievelijk de medisch adviseur van Movir.

Verwerking persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door Movir verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten; ter voorkoming en bestrijding van fraude tegenover financiële instellingen; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan Movir uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Contactgegevens

Movir N.V.

Postadres

Postbus 2160, 3430 CV Nieuwegein

Bezoekadres

Brugwal 1, 3432 NZ Nieuwegein

Telefoon: (030) 607 87 00

Fax: (030) 604 84 55

E-mail: info@movir.nl

Internet: www.movir.nl

Handelsregisternummer: 30158323

Statutaire vestigingsplaats: Nieuwegein

AFM-nummer: 12000650

Aangesloten bij

- Verbond van Verzekeraars
Postbus 93450, 2509 AL Den Haag
- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag

Toepasbaar recht

Op de met Movir gesloten verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Vergunning

Movir N.V., onderdeel van ING, is een aanbieder van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en is ingeschreven in het register dat de AFM en DNB aanhouden. U kunt de vergunning controleren op internet via www.AFM.nl en via www.DNB.nl. Wij bieden onze producten aan door middel van verzekeringsadviseurs.

Klachten

Wij doen ons uiterste best om u als verzekerde tevreden te stellen. Bent u echter ontevreden en wilt u een klacht indienen, neemt u dan contact op met uw verzekeringsadviseur. Indien dat voor u niet tot het gewenste resultaat leidt, kunt u zich rechtstreeks richten tot de directie van Movir. U kunt dat doen per brief of fax. Uiteraard zullen wij proberen om de problemen naar uw tevredenheid op te lossen. Indien wij naar uw mening daar niet in slagen, dan kunt u zich daarna wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD). Aan de behandeling door het Klachteninstituut zijn in eerste instantie geen kosten verbonden. Als voorwaarde voor klachtbehandeling door het Klachteninstituut wordt wel gesteld dat u eerst uw klacht bij de verzekeraar hebt ingediend. Nadere informatie kunt u inwinnen via de website www.klachteninstituut.nl. U kunt ook telefonisch contact opnemen met het Klachteninstituut. Het telefoonnummer luidt 0900 355 22 48.

Uw verzekeringsadviseur

Uw verzekeringsadviseur is verantwoordelijk voor het advies dat hij u geeft om bij Movir een specifieke verzekering af te sluiten. Hij ontvangt voor zijn advies en bemiddeling een provisie van ons. Deze provisie is verwerkt in de verzekeringspremie die u betaalt voor uw verzekering.

Gezondheidsverklaring

Relatienummer:

Naam (kandidaat-)verzekerde:

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering en eventueel een Ongevallendeckking ontvangt u als (kandidaat-)verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de medisch adviseur aan Movir of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. *Lees vóór het invullen de Toelichting op 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. Hebt u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef dan duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijgevoegde bijlage. Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts hebt bezocht.

Toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in deze gezondheidsverklaring 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 verzekerd en die de leeftijd van 16 jaren heeft bereikt. Vragen waarvan u het antwoord al bij de verzekeraar bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering tot stand komt, dan moet u dit direct aan Movir doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van Movir of uit een polis die u wordt toegestuurd. *Lees verder de toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.*

Consequenties niet (volledig) voldoen aan de mededelingsplicht

Indien u niet of niet volledig aan de mededelingsplicht ex artikel 7:928BW hebt voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar hebt gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Medische gegevens

Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw schademelding kan het noodzakelijk zijn dat de medisch adviseur een of meer behandelaars inschakelt, zoals uw relatiebeheerder, de arbeidsdeskundige, de medisch adviseur van de herverzekeraar of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars alleen die medische gegevens verstrekken, de voor de afhandeling van de zaak belangrijk zijn. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide medische geheimhoudingsplicht. Movir zal de in haar bezit zijnde medische gegevens nimmer aan derden verstrekken, tenzij u vooraf daarvoor uw toestemming hebt gegeven.

1. Algemene gegevens (kandidaat-)verzekerde

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Naam: | | |
| Voornamen: (eerste voluit) | | |
| Adres: | | |
| Postcode+plaats: | | |
| Geboortedatum: | Geslacht: m / v* | |
| Beroep: | | |
| Waaruit bestaan uw beroeps-werkzaamheden? | | |
| Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week? | uur | |
| De werkzaamheden bestaan uit: | Handenarbeid _____ uur | Administratie _____ uur |
| | Leiding geven/ toezicht houden _____ uur | Reizen _____ uur |
| Sinds wanneer? | | |
| Wie is uw huisarts? | | |
| Adres: | | |
| Postcode+plaats: | | |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

2. Persoonlijke gezondheidsgegevens

Wat is uw lengte?

cm

Wat is uw gewicht?

kg

Rookt u of hebt u gerookt?

nee / ja* Vanaf welke leeftijd?

Tot wanneer?

Wat rookt(e) u?

Hoeveel rookt(e) u per dag?

Drinkt u alcoholische dranken?

nee / ja* Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag?

Welke drank(en)?

Gebruikt u drugs of hebt u drugs gebruikt?

nee / ja* Vanaf welke leeftijd?

Tot wanneer?

Welke drugs?

Hoe vaak gebruikt(e) u gemiddeld per week?

3. Uw gezondheidstoestand

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

Hebt u hiernaast een of meer categorieën aangekruist?

Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage(n) 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 hebt gebruikt
- nog onder controle staat.

- 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, burn-out?
- 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, alvleesklier?
- 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, keel aandoening, strottehoofd- of stemband aandoeningen?
- L ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder boven genoemde categorieën kunnen worden geplaatst?

Hebt u hierboven een of meer categorieën aangekruist?

nee / ja* Zo ja, vul de bijlage(n) in.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

4. Werkzaamheden

Hebt u de laatste 5 jaar twee weken of langer achtereenvolgend geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken?

Werkt u thans volledig (geheel arbeidsgeschikt)?

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)?

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

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

| | |
|-----------|--|
| nee / ja* | Hoe lang hebt u niet gewerkt? |
| | Waarom hebt u niet gewerkt? |
| | Wanneer was dit? |
| nee / ja* | Is dit nog het geval? |
| | nee / ja* |
| nee / ja* | Welke taken kunt u niet uitvoeren? |
| | Sinds wanneer? |
| | Is dit nu nog het geval? nee / ja* |
| nee / ja* | Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? |
| | Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt? |
| | Hoe lang? |
| nee / ja* | 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)?

| | |
|-----------|------------------------------------|
| nee / ja* | Waarom werd uw bloed onderzocht? |
| | Waarop werd uw bloed onderzocht? |
| | Wanneer vond dit onderzoek plaats? |
| | Wat was het resultaat? |

6. Aids en hiv

Hebt u aids?
Zijn in uw bloed hiv-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?
Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?¹⁾

Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs?¹⁾

Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?¹⁾

| | |
|-----------|---|
| nee / ja* | Wanneer |
| | In welk land? |
| nee / ja* | Hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuitjes) gebruikt? nee / ja* |
| | nee / ja* |
| nee / ja* | Welke aandoening? |
| | |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

¹⁾ 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

Hebt u een gehoorstoornis?

nee / ja* Links Rechts Beide oren

Wat is de oorzaak?

Hebt u een stoornis in het gezichtsvermogen?

nee / ja* Links Rechts Beide ogen

Wat is de oorzaak?

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8?

nee / ja* Sterkte links: _____ Sterkte rechts: _____

8. Vragen over uw familieleden

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?

Lees de toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheidsonderzoek.

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? | | | | |
| Moeder | | | | |
| Welke aandoening? | | | | |
| Vanaf welke leeftijd? | | | | |
| Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd? | | | | |
| Broer/zus | | | | |
| Welke aandoening? | | | | |
| Vanaf welke leeftijd? | | | | |
| Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd? | | | | |
| Broer/zus | | | | |
| Welke aandoening? | | | | |
| Vanaf welke leeftijd? | | | | |
| Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd? | | | | |

9. Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen, de eventueel bijgevoegde bijlage(n) en de aanvullende informatie door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring en in de aanvullende informatie kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats en datum: _____

Handtekening (kandidaat-)verzekerde: _____

Aantal bijlagen: _____

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de medisch adviseur van Movir onder vermelding van 'medisch geheim' op de envelop.

Ruimte bestemd voor medisch adviseur _____

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Aanvullende informatie

Infectieziekten

Dragerschap bij (para) medische hulpverleners van het hepatitis B virus of bepaalde andere virussen of bacteriën kan een risico voor de patiënt vormen. Wordt het u in geval van dragerschap op grond van de richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verboden om (onderdelen van) uw beroep uit te oefenen?¹⁾

Bent u gevaccineerd tegen Hepatitis B?

Is bij u ooit onderzoek gedaan naar het dragerschap van hepatitis B/C of MRSA bacterie?

| | |
|-----------|--|
| nee / ja* | Zo ja, vul dan in verband met de extra dekking die de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Movir biedt op het gebied van dragerschap de volgende vragen in: |
| nee / ja* | Wilt u een kopie van de uitslag van de titerbepaling meesturen? |
| nee / ja* | Uitslag: _____ |

Zintuigen

Hebt u een oogheelkundige ingreep ondergaan om bijziendheid te corrigeren ('laserbehandeling')?

Zo ja, wat was de brilsterkte voorafgaand aan deze ingreep?

Bent u van beroep medisch specialist, dierenarts of bent u werkzaam in de tandheelkunde of bent u in opleiding voor een van bovenstaande functies?

Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -6?

| | | |
|-----------|----------------------|-----------------------|
| nee / ja* | Sterkte links: _____ | Sterkte rechts: _____ |
| nee / ja* | | |
| nee / ja* | Sterkte links: _____ | Sterkte rechts: _____ |

¹⁾ Indien u vanuit uw beroepswerkzaamheden handelingen verricht conform de omschrijving van de Inspectie Gezondheidszorg: Risicohandelingen zijn die handelingen waarbij de kans op bloed-bloed-contact tussen gezondheidszorgwerker en patiënt groot is. Het betreft vooral handelingen waarbij de (gehandschoende) handen binnen lichaamsholten of wonden in contact kunnen komen met scherpe instrumenten, naalden of scherpe weefseldelen (bijvoorbeeld botpunten of gebitselementen) terwijl de handen of vingertoppen soms niet zichtbaar zijn.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

TOELICHTING OP DE GEZONDHEIDSVERKLARING

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem dan contact op met Movir.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een arbeidsongeschiktheidsverzekering inclusief een eventuele Ongevallendeckking kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanmeldingsformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de *gezondheidsverklaring*. De medisch adviseur van Movir geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan Movir. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de medisch adviseur Movir 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 medisch 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 heeft te maken met de hoogte van het verzekerde bedrag van de verzekering, te weten € 145,- per dag.

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 medisch adviseur toegankelijk zijn. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de medisch 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 medisch adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon (070) 333 87 77 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 Movir laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de medisch adviseur van Movir. Daarvoor zijn twee redenen.

De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de medisch adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan Movir.

De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan voldoet u niet aan de mededelingsplicht. U loopt dan de kans dat het recht op uitkering (en/of premievrijstelling) wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar hebt gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen. Zodra Movir 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: Movir kan u ook laten weten dat u voorlopig bent geaccepteerd. Ook dan bent u verplicht veranderingen in uw gezondheid door te geven.

Advies medisch adviseur en bezwaar

U hebt het recht als eerste te horen hoe het advies van de medisch adviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij de gezondheidsverklaring een briefje mee te sturen aan de medisch adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen. U kunt de medisch adviseur vervolgens verzoeken Movir 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 Movir ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens. Hebt 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 medisch 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 medisch 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 gedragscode alleen te ondergaan als u:

- een bloedtransfusie hebt 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 (hebt) gebruikt en daarbij niet altijd steriel materiaal (hebt) gebruikt; of
 - in de afgelopen vijf jaar bent behandeld wegens anale gonorrhoe.
- Hebt 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 Movir 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 gericht 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 hebt ondergaan). Bijvoorbeeld een preventieve behandeling tegen borstkanker na een erfelijkheidsonderzoek.

Deze informatie geeft u aan in de toelichting.

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 Movir 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 toelichting op de gezondheidsverklaring.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Vul dit formulier voor elke aandoening in. Hebt u meer dan twee aandoeningen? Vraag dan een extra bijlage aan.

*Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 hebt aangekruist deze bijlage in.
Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of hebt geleden.*

Letter van de rubriek vraag 3

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

In welke periode(n) hebt of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?

Huisarts

Hebt u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Arts of hulpverlener

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Ziekenhuisopname

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

Bent u geopereerd?

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 hebt overgehouden?

| | |
|----------------------------------|-------|
| Naam (kandidaat- verzekerde): | _____ |
| Geboortedatum: | _____ |

| | |
|-----------|--|
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ t/m _____ |
| nee / ja* | Wanneer bezocht u uw huisarts? _____ |
| | Staat u nog onder controle? nee / ja* |
| nee / ja* | Welke arts of hulpverlener hebt u bezocht (naam en specialisme)? _____ |
| | Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener? _____ |
| | Staat u nog onder controle? nee / ja* |
| | Hebt u nog klachten? nee / ja* |
| nee / ja* | Welke medicijnen zijn voorgeschreven? _____ |
| | Gebruikt u deze nog? <input type="radio"/> Ja Welke dosering? _____ |
| | <input type="radio"/> Nee Sinds wanneer gestopt? _____ |
| nee / ja* | Wanneer bent u opgenomen? _____ |
| | In welk ziekenhuis? _____ |
| | Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)? _____ |
| nee / ja* | Wanneer bent u geopereerd? _____ |
| | In welk ziekenhuis? _____ |
| | Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)? _____ |
| nee / ja* | Wanneer gebeurde dit ongeval? _____ |
| | Wat zijn de medische gevolgen ervan? _____ |
| | _____ |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Vul dit formulier voor elke aandoening in. Hebt u meer dan twee aandoeningen? Vraag dan een extra bijlage aan.

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 hebt aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of hebt geleden.

Letter van de rubriek vraag 3

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

In welke periode(n) hebt of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?

Huisarts

Hebt u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Arts of hulpverlener

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Ziekenhuisopname

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

Bent u geopereerd?

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 hebt overgehouden?

| | |
|----------------------------------|-------|
| Naam (kandidaat-) verzekerde: | _____ |
| Geboortedatum: | _____ |

| | |
|-----------|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | t/m |
| _____ | _____ |
| nee / ja* | Wanneer bezocht u uw huisarts? |
| _____ | _____ |
| _____ | Staat u nog onder controle? nee / ja* |
| nee / ja* | Welke arts of hulpverlener hebt u bezocht (naam en specialisme)? |
| _____ | _____ |
| _____ | Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener? |
| _____ | _____ |
| _____ | Staat u nog onder controle? nee / ja* |
| _____ | _____ |
| _____ | Hebt u nog klachten? nee / ja* |
| _____ | _____ |
| nee / ja* | Welke medicijnen zijn voorgeschreven? |
| _____ | _____ |
| _____ | Gebruikt u deze nog? |
| _____ | <input type="radio"/> Ja |
| _____ | Welke dosering? |
| _____ | _____ |
| _____ | <input type="radio"/> Nee |
| _____ | Sinds wanneer gestopt? |
| _____ | _____ |
| nee / ja* | Wanneer bent u opgenomen? |
| _____ | _____ |
| _____ | In welk ziekenhuis? |
| _____ | _____ |
| _____ | Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)? |
| _____ | _____ |
| nee / ja* | Wanneer bent u geopereerd? |
| _____ | _____ |
| _____ | In welk ziekenhuis? |
| _____ | _____ |
| _____ | Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)? |
| _____ | _____ |
| nee / ja* | Wanneer gebeurde dit ongeval? |
| _____ | _____ |
| _____ | Wat zijn de medische gevolgen ervan? |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.