

AANVRAAGFORMULIER AOV ZELFSTANDIGEPLAN

Voorletter(s)		Achternaam	
Adres		woonplaats	
Postcode		Geslacht	M / V *
Telefoonnummer		Beroep	Zelfstandige kapper
Geboortedatum		Bank/ - girorekening *	
Mail adres		BSN (sofinummer)	

ingangsdatum	
Dekking	Arbeidsongeschiktheid
Wachtdagen	30 dagen
Uitkeringsduur	Basis (tot 5 jaar na ziekte)
Claimbeoordeling bij arbeidsongeschiktheid na twee jaar	Passende arbeid
Uitkeringsgrens na twee jaar	35 % of meer, Uitkering na rato
Verzekerd maandbedrag	€ 1.000.-
Maandpremie	€ 10% TKPP korting

U kunt de premie voor arbeidsongeschiktheid standaard in aftrek brengen op uw inkomen in Box 1. Een eventuele periodieke uitkering wordt dan te zijner tijd belast in Box 1. Indien u dit niet wenst, gelieve hier aan te kruisen.

() Nee, ik wil mijn polis niet in aftrek brengen op mijn inkomen in Box 1

Vrijwillige financiële bijsluiter

Voor dit product is een vrijwillige financiële bijsluiter gemaakt. Op de internetsite www.knipverzekering treft u deze aan.

Machtiging automatische incasso

Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt de verzekeringnemer de verzekeraar voor het automatisch afschrijven van de maandelijks te incasseren premie van zijn/haar bank- of girorekening. Deze doorlopende machtiging geldt tot de einddatum van deze verzekering of tot wederopzegging. Om deze machtiging te wijzigen, dient u de administrateur daarvan schriftelijk op de hoogte te stellen.

Algemene slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Als de verzekeraar de aanvraag heeft goedgekeurd kunt u direct met de uitvoering van de verzekering beginnen. Ik ben bekend en akkoord met de voorwaarde dat ik bij annulering van de polis € 160,- premie verschuldigd ben voor de voorlopige dekking die ik heb genoten.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:

- alle in het formulier gestelde vragen naar waarheid zijn beantwoord;
- mij bekend is dat op grond van de polisvoorwaarden het niet is toegestaan om meerdere polissen af te sluiten. Indien ik meerdere polissen heb afgesloten, kan ik een eventuele claim slechts op 1 polis indienen. Ik ben me bewust van het feit dat de overige polissen op dat moment worden geroyeerd zonder het recht op teruggaaf van de premie.
- mij bekend is dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor ik in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een (huis)arts of specialist heb geraadpleegd. Dit geldt ook voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel die het gevolg is van een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor ik in de periode van twaalf maanden een (huis)arts of specialist heb geraadpleegd;
- mij bekend is dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan ik op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) uit het verleden is enkel sprake van dekking indien uit mijn medisch dossier blijkt dat ik volledig hersteld ben van de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) en dat gedurende 24 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/of recidive van deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad en ik gedurende deze periode voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heb gehad of had moeten hebben;
- ik de polisvoorwaarden heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____