

Profiel ten behoeve van een Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Mijn persoonlijke gegevens:

Voorletters, Achternaam : _____
Geslacht Man Vrouw
Geboortedatum : _____
Straat, Huisnummer : _____
Postcode, Plaats : _____
Telefoonnummer privé : _____
Telefoonnummer zakelijk : _____
E-mailadres : _____
Bent u hoofdkostwinnaar? Ja Nee
Heeft u een partner: Ja Nee
Burgerlijke staat Alleenstaand Gehuwd – zo ja in:
 Gem. van Goederen Huwelijks voorwaarden
 Geregistreerd partnerschap – zo ja in:
 Gem. van Goederen registratievoorwaarden
 Samenwonend met samenlevingscontract

Heeft hij/zij een eigen inkomen Nee Ja, hoeveel per jaar € _____
Heeft u kinderen? Nee Ja, hoe oud? _____
Burger Service nummer : _____
Woonsituatie Huur Eigen woning

Mijn beroep, bedrijf en opleiding

Beroep : _____
Beroepsomschrijving : _____
Hoofdberoep Ja Nee
Nevenberoep (indien van toepassing) : _____
Zelfstandig sinds : _____
Aantal werkzame uren per week : ____ (gemiddeld)
Urenverdeling werkzaamheden : ____ % Administratief
(totaal 100%) : ____ % Handenarbeid
: ____ % Verkoop/acquisitie
: ____ % Leidinggevend
: ____ % Reizen binnenland
: ____ % Reizen buitenland

Zakelijke autokilometers per jaar : _____

Indien meer dan 50% handenarbeid : ____ % Werken met machines/gevaarlijke stoffen
(totaal 100%) : ____ % Werken op hoogte e/o boven schouderhoogte
: ____ % Tillen of bukken
: ____ % Overig

Houtbewerking van toepassing Ja Nee

Vestigingsgegevens bedrijf

Naam : _____
Rechtsvorm : _____
Adres : _____
Postcode, Plaats : _____
Website : _____
KvK nummer : _____
Het bedrijf is niet wel mijn eigendom
Oprichting-/vestigingsdatum : _____

Opleiding

Welke opleiding(en) hebt u genoten? : _____

Diploma's Ja Nee

Mijn inkomen en andere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Gemiddeld bruto jaarinkomen in de
afgelopen drie jaar : _____ (Winst uit onderneming bij
Huidig jaarinkomen : _____ zelfstandigen)

Wat is de hoogte van uw vaste lasten : _____

Beschikt u over eigen liquide middelen (spaargeld, beleggingen)

om bij kort- of langdurige AO te voorzien in het eigen

levensonderhoud?

Ja Nee

Zo ja kunt en wilt u deze dan hiervoor aanwenden bij AO?

Ja Nee

Zijn er ook lasten die wegvallen c.q. verminderen bij AO ?

Zoals premievrijstellingsregelingen bij AO bij Hypotheek en / of
levens/pensioen verzekeringen?

Ja Nee

Mijn persoonlijke situatie

Voor het aanvragen of wijzigen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering dienen wij als
financiële dienstverlener op basis van de wet bij u tevens te informeren naar de volgende
gegevens:

Financiële positie

Is het door u opgegeven gemiddelde bruto jaarinkomen over de afgelopen drie jaar toereikend
om uw vaste lasten (woonlasten, alimentatie, ziektekosten, schoolgeld, huishouding,
verzekeringen etc). te dekken? Ja Nee want _____

Financiële kennis en ervaring

Mijn financiële kennis en ervaring is:

Slecht

Matig

Voldoende

Goed

Uitstekend

Motivatie: _____

Kennis van Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen Ja Nee

Eerdere ervaring met arbeidsongeschiktheidsverzekeringen? Nee Ja, welke _____

Kent u de fiscale regeling rondom arbeidsongeschiktheids-
premies en uitkeringen

Ja Nee

Risicobereidheid

- Ik wil bij arbeidsongeschiktheid het risico dat mijn inkomen vermindert zo veel mogelijk afdekken en wil tot ca. 80% van mijn gemiddeld bruto inkomen via (een) arbeidsongeschiktheidsverzekering(en) afdekken.
- Ik wil bij arbeidsongeschiktheid het risico dat mijn inkomen vermindert slechts gedeeltelijk afdekken via (een) arbeidsongeschiktheidsverzekering(en)*.

* Welk percentage? : _____ %

Doelstellingen

Ik vind het volgende belangrijk als het gaat om een arbeidsongeschiktheidsverzekering:

- Hele goede voorwaarden;
- Goede voorwaarden en een redelijke premie
- Een zo laag mogelijke premie
- Een (gedeeltelijke) aanvulling op uw inkomen
- Een optieregeling (het verhogen van de verzekerde bedragen zonder medische waarborgen)
- Anders, nl. _____

Andere verzekeringen

Verzekerd volgens WIA? Ja Nee. Zo ja, voor welk bedrag? _____
(Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen)

Elders lopende of aangevraagde verzekeringen tegen ongevallen, ziekte of arbeidsongeschiktheid Nee Zo ja, specificaties als volgt

| Maatschappij | Soort verzekeringen(en) | Verzekerd(e) bedrag(en) |
|--------------|-------------------------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Mijn gewenste verzekering

Ingangsdatum : _____

Wanneer bent u voornemens met pensioen te gaan c.q. te stoppen met werken? : _____

Hebt u hiervoor dan al financiële regelingen/voorzieningen voor getroffen om dit te realiseren? Nee Ja, welke _____

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Eindleeftijd bij uitkering | <input type="radio"/> 55 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 65 | anders, nl. _____ jaar |
| Betalingstermijn | <input type="radio"/> Jaar <input type="radio"/> Halfjaar | <input type="radio"/> Kwartaal <input type="radio"/> Maand |
| Contractduur | <input type="radio"/> 1 jaar <input type="radio"/> 3 jaar | <input type="radio"/> 5 jaar |
| Duur uitkering | <input type="radio"/> 5 jaar <input type="radio"/> 10 jaar | <input type="radio"/> tot eindleeftijd |
| Verzekerd bedrag 1e jaar (A) | _____ | (max. 80% van uw jaarinkomen) |
| Verzekerd bedrag na 1e jaar (B) | _____ | (max. 80% van uw jaarinkomen) |
| Wachtdagen rubriek A | <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 | <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180 <input type="radio"/> 360 |
| Beoordeling rubriek B | <input type="radio"/> Passende arbeid | <input type="radio"/> Beroepsarbeidsongeschiktheid |
| Soort dekking | <input type="radio"/> Sommenverzekering <input type="radio"/> Ongevallen | <input type="radio"/> Schadeverzekering <input type="radio"/> Alle ziekten |

Gewenste indexatie: Ongevallen met critical Illness

Vóór arbeidsongeschiktheid geen CBS-index 2% 3% 4% 5%

Na arbeidsongeschiktheid geen CBS-index 2% 3% 4% 5%

Arbeitsongeschiktheids
uitkeringsdrempel 25% 45% 55% 65% 80%

Optierecht jaarlijks 2 jaarlijks 3 jaarlijks

Meeverzekerden:

motorrisico? Ja Nee

Hulpverlening buitenland belangrijk niet belangrijk

Zwangerschapsdekking Ja Nee N.v.t.

Zaag/machinale houtbewerking Ja Nee

No-claim Ja Nee

Partnerdekking Ja Nee

Mijn rookgedrag Roker Niet-roker sinds _____

Tijdelijke wijziging beroep mogelijk Ja nee

Vervangingsdekking Nee ja 0,25 x rente 0,35 rente

Uitkering

Doorbetaling bij overlijden Nee Ja 2 maanden 3 maanden

Vergoeding bij ziekte gezinslid Nee Ja 1 maand 2 maanden

Vergoeding bij overlijden gezinslid nee Ja 1 week 1 maand of langer

Duur dekking zwangerschap 16 weken 18 weken

Verzekerd bedrag zwangerschap 0,5 x rente A 1 x rente A 2 x rente A

Mijn aanvraag is bedoeld als Nieuwe verzekering
 Vervanging bestaande verzekering
 Anders nl. _____

Mijn gezondheid

Zijn er aandoeningen of ziekten die belangrijk zijn voor de acceptatie van de verzekering of die minimaal verzekerd dienen te zijn:

Psychische klachten Ja Nee

Psychische- en gedragsstoornissen Ja Nee

Ziekten van zenuwstelsel Ja Nee

Bloedziekten Ja Nee

Gezwellen Ja Nee

Oogziekten Ja Nee

Oorziekten Ja Nee

Hart- en vaatziekten Ja Nee

Endocriene ziekten (voedsel en/of
Stofwisseling aandoeningen) Ja Nee

Huidziekten Ja Nee

Spijverteringsaandoeningen Ja Nee

Urogenitaal stelsel (urine- en
Voortplantingsstelsel) Ja Nee

Zwangerschap/bevalling Ja Nee N.v.t.

Ademhalingsaandoeningen Ja Nee

Botspierstelsel en bindweefsel Ja Nee

Hebben wij u om bepaalde gegevens niet gevraagd waarvan u vindt dat wij die in het kader van het aanvragen van (een advies over of offerte van) een arbeidsongeschiktheidsverzekering toch zouden moeten weten?
O Nee O Ja, als volgt:

Het staat u om redenen van privacy vrij om bepaalde informatie niet te verstrekken. Door ondertekening van dit klantprofiel verklaart u te begrijpen dat dit de juistheid en volledigheid van het uit te brengen advies en/of de offertes kan beïnvloeden en u aanvaardt de gevolgen daarvan.

Ondertekend:

Plaats _____ Datum _____

Naam _____ Handtekening _____