

## Aanvraagformulier Ongevallenverzekering voor ruiters en hippische beroepen

Mantelpolis Equine Risk met polisnummer DL 226575 /// MAK10086

Deze verzekering kan uitsluitend gesloten worden via Equine Risk en is uitsluitend bedoeld voor paardenbezitters, beoefenaars van hippische sporten (zowel als amateur- als beroepssporter) en personen met een hippisch beroep, mits zij woonachtig zijn in Nederland, ouder zijn dan 16 jaar en niet ouder zijn dan 70 jaar.

De verzekering is van kracht over de gehele wereld, 24 uur per dag, dus ook tijdens beroepswerkzaamheden.

---

### -1- Verzekeringnemer

Naam: ..... Geslacht:  Man  Vrouw      Geboortedatum: .....  
Adres: ..... Postcode/Woonplaats: .....  
Telefoon privé: ..... Mobiel: ..... E-mail: .....  
Beroep: .....

---

### -2- Betalingswijze (Gespreide betalingsregeling is niet mogelijk bij dit product)

De jaarpremie\* zal worden geïncasseerd\*\* van uw IBAN rekeningnummer: .....

\* Bij een nieuwe verzekering zal de eerste premie worden berekend tot 1 januari van het nieuwe jaar. i.v.m. de collectiviteit is 1 januari de collectieve premievervaldatum.  
\*\* De machtiging tot automatische afschrijving door de verzekeraar wordt verleend door het aankruisen van deze keuze en de invulling van het bijgevoegde SEPA formulier.

---

### -3- Door u gewenste verzekering

Aanvraag nieuwe verzekering      Ingangsdatum: .....

**Blijvende invaliditeit**

Keuze van het verzekerd bedrag bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval.

<input type="checkbox"/> € 50.000,00	Premie € 50,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 100.000,00	Premie € 100,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 150.000,00	Premie € 150,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 200.000,00	Premie € 200,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 250.000,00	Premie € 250,00 per 12 maanden

**Overlijden\***

Keuze van het verzekerd bedrag bij overlijden als gevolg van een ongeval

<input type="checkbox"/> € 50.000,00	Premie € 50,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 100.000,00	Premie € 100,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 150.000,00	Premie € 150,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 200.000,00	Premie € 200,00 per 12 maanden
<input type="checkbox"/> € 250.000,00	Premie € 250,00 per 12 maanden

\* U kunt de Rubriek "blijvende invaliditeit" uitbreiden met de Rubriek "overlijden" als gevolg van een ongeval.  
Het verzekerde bedrag in de Rubriek "overlijden" mag niet hoger zijn dan de keuze in de Rubriek "blijvende gehele invaliditeit".  
Enkel de rubriek "overlijden" verzekeren is bij dit product niet mogelijk.

## Toelichting Mededelingsplicht

Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in het aangehechte 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 al bij assuradeuren bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat assuradeuren u hebben bericht over hun definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan assuradeuren meedelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier.

Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan dat ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Assuradeuren hebben tevens het recht de verzekering op te zeggen, indien met opzet een onjuiste voorstelling van zaken met betrekking tot het verzekerde risico is gegeven, dan wel als assuradeuren de ware stand van zaken zouden hebben geweten, de verzekering nimmer zou hebben gesloten. (Art. 7.928 t/m 930 BW).

### Mededelingsplicht (zie ook de toelichting mededelingsplicht)

Is er ooit door een verzekeringsmaatschappij, een aanvraag tot verzekering van u afgewezen of slechts op andere dan de gewone voorwaarden aangenomen, of heeft ooit een maatschappij uw verzekering niet verlengd, tussentijds verbroken, of slechts op andere dan normale condities voortgezet?  Nee  Ja  
Zo ja, om welke reden(en) en bij welke maatschappij?

Heeft u nog iets mee te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn (zoals een strafrechtelijke veroordeling in de afgelopen 8 jaar en strafbare feiten die tot contacten met politie of justitie hebben geleid).  Nee  Ja  
Zo ja, graag toelichten:

### Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van deze verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door W.A. Hienfeld B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en/of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventueel hierop betrekking hebbende financiële afwikkeling(en) en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van het voorkomen en bestrijden van fraude. 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 Zeist. Doelstelling is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

### Geschillen en/of klachten

Geschillen en/of klachten, welke voortvloeien uit een op basis van deze aanvraag en de daarin vermelde gegevens gesloten verzekeringsovereenkomst, kunnen worden voorgelegd aan:

- de directie van W.A. Hienfeld B.V., Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam
- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag

Op een te sluiten verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing

### Akkoordverklaring

Ik ga ermee akkoord dat:

- deze verzekering per aangegeven datum wordt afgesloten;
- de door mij verschuldigde premie van mijn Nederlandse IBAN rekening wordt geïncasseerd;
- de geldende bepalingen en voorschriften van de "regeling incasso-opdrachten" op mij wordt toegepast\*.

\* Als u niet akkoord gaat met de automatische afboeking van uw rekening, kunt u binnen 30 werkdagen uw bank opdracht geven het bedrag terug te storten.

Plaatsnaam : .....

Datum : .....

Handtekening verzekeringnemer : .....

## Doorlopende SEPA incasso machtiging

### Algemeen

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.