



Verklaring van (on)gewijzigde gezondheid Levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Met deze verklaring van (on)gewijzigde gezondheid kunt u de geldigheid van de eerder afgegeven gezondheidsverklaring verlengen naar zes maanden. Zo kunt u de ingangsdatum van de verzekering naar een later moment verplaatsen. U kunt deze verklaring gebruiken voor al onze verzekeringen waarbij een gezondheidsverklaring verplicht is. De verklaring moet door alle verzekerden op een polis worden ondertekend.

Aanleveren van de verklaring

Stuurt u deze verklaring binnen vijf dagen voor de uiterlijke ingangsdatum van de verzekering ingevuld en ondertekend naar info@taf.nl, onder vermelding van het polisnummer.

Toelichting: de uiterlijke ingangsdatum van de verzekering is op de 1e van de maand, uiterlijk drie maanden na ondertekening van de gezondheidsverklaring. Bijvoorbeeld als de gezondheidsverklaring is ondertekend op 12 september, dan is de uiterlijke ingangsdatum 1 december. Wilt u de ingangsdatum naar 1 maart verplaatsen? Levert u dan de verklaring van (on)gewijzigde gezondheid tussen 26 en 30 november aan.



eenvoudig transparant

Verklaring van (on)gewijzigde gezondheid

Levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen



eenvoudig transparant

Gegevens

Polisnummer:

Verzekerde 1:

Datum waarop verzekerde 1 de gezondheidsverklaring heeft ingevuld:

Verzekerde 2 (indien van toepassing):

Datum waarop verzekerde 2 de gezondheidsverklaring heeft ingevuld:

Is de gezondheid van verzekerde 1 sinds bovengenoemde datum gewijzigd of heeft verzekerde een (huis)arts geraadpleegd? Nee Ja

nadere toelichting over wat er is veranderd aan uw gezondheidstoestand:

Is de gezondheid van de verzekerde 2 sinds bovengenoemde datum gewijzigd of heeft verzekerde een (huis)arts geraadpleegd? Nee Ja

nadere toelichting over wat er is veranderd aan uw gezondheidstoestand:

Wilt u aangeven wat de ingangsdatum moet worden?

Let op: Wijzig uw gezondheid en is de verzekering nog niet geaccepteerd? Geef dit dan altijd aan ons door.

Ondertekening

Datum:

Datum:

Plaats:

Plaats:

Handtekening verzekerde 1:

Handtekening verzekerde 2:
(indien van toepassing)