



Aanvraagformulier TAF Nabestaandenverzekering

De TAF Nabestaandenverzekering zorgt ervoor dat uw nabestaanden na uw overlijden over doorlopende inkomsten beschikken. Om bijvoorbeeld de vaste lasten te kunnen blijven betalen, als aanvulling op een nabestaandenpensioen of als bijdrage in het collegegeld van uw kinderen. Uw adviseur helpt u graag met invullen van dit aanvraagformulier. Naast uw persoonlijke gegevens geeft u in het aanvraagformulier uw keuzes aan voor onder andere het verzekerd kapitaal, de looptijd van de verzekering, de wijze waarop u de premie betaalt en eventuele extra dekkingen die u wilt meeverzekeren. Bij dit formulier hoort een gezondheidsverklaring waarin de kandidaat-verzekerde vragen over zijn gezondheidstoestand moet beantwoorden. De verzekering gaat in nadat de verzekeraar uw aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.

Is de premie hoger dan € 1.000,- per jaar, of de koopsom hoger dan € 2.500,-? Vergeet u dan niet een kopie van uw geldig legitimatiebewijs mee te sturen, voorzien van een bedrijfsstempel, handtekening, datum en “origineel gezien” door uw verzekeringsadviseur.



eenvoudig transparant



Aanvraagformulier

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer:

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Uw aanvraag per e-mail indienen

U kunt aanvragen per e-mail bij ons indienen. Maakt u van het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring(en) en het kopie ID bewijs elk afzonderlijk een duidelijk leesbare scan. U mailt alle gescande documenten naar info@taf.nl onder vermelding van 'Aanvraag + productnaam'.

Per post stuurt u het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier naar TAF, Postbus 4562, 5601 EN Eindhoven.



Aanvraagformulier

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s):	Tussenvoegsel:
Achternaam:	
Adres:	
Postcode/Woonplaats:	_____
Telefoonnummer:	_____ E-mail*:
Mobiele telefoonnummer:	_____
Geboortedatum:	____-____-____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN/Sofinummer:	_____
Nationaliteit:	
IBAN rekeningnummer:	_____
Beroep:	
Nieuw adres (bij verhuizing):	
Postcode/Woonplaats:	_____
Datum verhuizing:	____-____-____

Let op: Bij een jaarpremie van > € 1.000,- of een koopsom van > € 2.500,- dient de verzekeringnemer een kopie van zijn/haar geldig legitimatiebewijs mee te sturen met dit formulier. Deze kopie dient de tussenpersoon te voorzien van een bedrijfsstempel, handtekening, datum en "origineel gezien". Op deze manier verklaart de tussenpersoon dat dit een kopie is van het originele identificatiedocument.

* Het is belangrijk dat u het juiste e-mailadres van verzekerde/verzekeringnemer invult, om te voorkomen dat er gevoelige informatie van verzekerde/verzekeringnemer bij de verkeerde persoon terecht komt (datalek).

Gegevens verzekerde (alleen invullen indien verzekerde een ander is dan verzekeringnemer)

Voorletter(s):	Tussenvoegsel:
Achternaam:	
Adres:	
Postcode/Woonplaats:	_____
Telefoonnummer:	_____ E-mail:
Mobiele telefoonnummer:	_____
Geboortedatum:	____-____-____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN/Sofinummer:	_____
Nationaliteit:	
Beroep:	
Wat is uw relatie tot de verzekeringnemer:	<input type="checkbox"/> (On)gehuwd partner <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> Anders, nl:



Aanvraagformulier

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Overige verzekeringen

Heeft verzekerde lopende overlijdensrisicoverzekeringen of wordt op het leven van verzekerde nog een verzekering aangevraagd met een overlijdensrisico, bij TAF of bij een andere maatschappij?

<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Maatschappij: _____	
Ingangsdatum:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l
Verzekerd bedrag:	€ _____
Gaat u deze polis opzeggen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja*, wanneer? l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l
Maatschappij: _____	
Ingangsdatum:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l
Verzekerd bedrag:	€ _____
Gaat u deze polis opzeggen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja*, wanneer? l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l
Maatschappij: _____	
Ingangsdatum:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l
Verzekerd bedrag:	€ _____
Gaat u deze polis opzeggen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja*, wanneer? l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l

* **Let op:** dit is geen formele opzegging van uw lopende verzekering. Om uw lopende verzekering op te kunnen zeggen, hebben wij een schriftelijke, ondertekende opzegging van u nodig. U kunt hiervoor het opzegformulier gebruiken dat u op www.taf.nl onder Klantenservice kunt downloaden. Als er een tweede verzekeringnemer is (bijvoorbeeld uw partner) moet deze het opzegformulier ook ondertekenen.

Verzekeringskenmerken (altijd invullen)

Maandelijkse uitkering:	€ _____	(min. € 100,- tot max. € 10.000,-)
Roker:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Ingangsdatum verzekering:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
Einddatum verzekering:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
Uitkeringsduur:	<input type="checkbox"/> Gelijk aan looptijd	<input type="checkbox"/> Afwijkend: jaar <input type="checkbox"/> Levenslang
Ongevallendeckking:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Uitkering ten behoeve van kinderen:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Totaal verzekerd bedrag tbv kinderen*:	€ _____	
Uitkeringsduur tot eindleeftijd kinderen:	jaar**	
Kind 1 Voorletters + naam:	Geboortedatum: l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
	Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Kind 2 Voorletters + naam:	Geboortedatum: l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
	Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Kind 3 Voorletters + naam:	Geboortedatum: l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
	Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Kind 4 Voorletters + naam:	Geboortedatum: l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l	
	Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	

Om meerdere kinderen toe te voegen verzoeken wij u dit in een bijlage bij het aanvraagformulier aan te geven.

* Het totaal verzekerd maandbedrag ten behoeve van kinderen wordt na overlijden van de verzekerde verdeeld over de hierboven vermelde kinderen. Zij worden opgenomen op het polisblad.

** De uitkering aan de kinderen eindigt bij het bereiken van de op dit formulier aangegeven eindleeftijd van de kinderen. Keuze uit eindleeftijd 18 t/m 27 jaar.



Aanvraagformulier

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Verzekeringskosten

Premie: €	<input type="checkbox"/> Per maand	<input type="checkbox"/> Per jaar
Aanvangsstorting/Koopsom: €	eenmalig	
De koopsom, aanvangsstorting of premie is afkomstig uit*:		
<input type="checkbox"/> Looninkomsten	<input type="checkbox"/> Verzekeringsuitkeringen	
<input type="checkbox"/> Inkomsten uit onderneming	<input type="checkbox"/> Erfenis of gift	
<input type="checkbox"/> Inkomsten uit winst investeringen		
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		

* **Let op!** Dit moet aangegeven worden voor acceptatie door de verzekeraar.

Doel van de verzekering

Wat is de reden van de aanvraag voor deze nabestaandenverzekering?

Medische keuring

Voor deze aanvraag is een medische keuring vereist indien de verzekerde bedragen vermenigvuldigd met de looptijden in maanden in totaal hoger zijn dan € 600.000,- voor verzekerden jonger dan 50 jaar, of € 300.000,- voor verzekerden van 50 jaar of ouder.

Totaal van de verzekerde bedragen vermenigvuldigd met de looptijden in maanden: €

Betaalwijze

In onderstaande tabel kunt u zien op welke wijze de premie betaald dient te worden. Of de premie overgemaakt of automatisch geïncasseerd zal worden, hangt af van de door u gekozen premie betaaltermijn.

Premie betaaltermijn	
Enmalig (koopsom)	Per maand/jaar
Geef aan op welke wijze deze betaald dient te worden:	
<input type="checkbox"/> Overmaking	
<input type="checkbox"/> Automatische incasso	Automatische incasso

Doorlopende SEPA-incassomachtiging

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

- TAF (incassant) om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om de verzekeringspremie van uw rekening af te schrijven, en
- Uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig de opdracht van TAF (incassant).

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Incassant ID: NL80ZZZ280818690000

Kenmerk machtiging: TAF<polisnummer>

Deze doorlopende incassomachtiging geldt tot de einddatum van de verzekering of tot wederopzegging. Om de machtiging te wijzigen, stuurt u een schriftelijk, ondertekend verzoek naar TAF. TAF behoudt zich het recht voor incasso-en/of rechtsmaatregelen te treffen bij het in gebreke blijven van betaling door de verzekeringnemer(s)/premiebetaler.

Betaling per overmaking

De betaling dient door de verzekeringnemer of de financieringsmaatschappij in zijn opdracht, binnen 30 dagen na ingangsdatum te zijn voldaan. Het bedrag dient overgemaakt te worden op rekening IBAN NL13 ABNA 0581 4834 13 t.n.v. TAF BV te Eindhoven, onder vermelding van de 'TAF Personal Nabestaandenverzekering', de naam, de postcode en de geboortedatum van de verzekerde.



Aanvraagformulier

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, verzekerde en premiebetaler tevens dat:

- a) Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- b) Zij zich ervan bewust zijn dat, wanneer de verstrekte informatie onjuist en/of onvolledig is, de verzekeraar het recht heeft om de verzekeringsovereenkomst per direct op te zeggen en/of conform artikel 7: 930 van het Burgerlijk Wetboek betaling van uitkeringen te weigeren.
- c) Hen bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat de verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.
- d) Hen bekend is dat de koopsom of premie kan verschillen op grond van de gezondheidssituatie van de verzekerde(n), gewijzigde wet- en regelgeving of als de ingangsdatum van de verzekering tijdens de behandeling van deze aanvraag, om welke reden dan ook, verder in de toekomst komt te liggen dan in de aanvraag is aangegeven.
- e) Zij zich ervan bewust zijn dat er bij deze verzekering geen sprake is van winstdeling.
- f) Zij kennis hebben genomen van het privacy statement van TAF (te vinden op www.taf.nl/privacy). Daarin staat onder andere dat TAF persoonsgegevens verwerkt en deelt met andere partijen voor zover dit nodig is voor het beoordelen, aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst.
- g) Zij ermee akkoord zijn dat TAF hun persoonsgegevens verwerkt voor de beoordeling van de aanvraag.
- h) Hen bekend is dat de verzekeringnemer het recht heeft de aanvraag voor deze verzekering te herroepen. Herroeping van de verzekering betekent, conform de regels van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), dat de verzekeringnemer binnen 1 maand ná afgiftedatum van het eerste polisblad de mogelijkheid heeft zonder opgaaf van reden de polis terug te sturen naar TAF BV.
- i) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. De van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn te vinden op www.taf.nl/polisvoorwaarden.
- j) Hen bekend is dat correspondentie met betrekking tot deze verzekering via de tussenpersoon verloopt.

Plaats: _____ Datum: - -

Handtekening verzekeringnemer: _____ Handtekening verzekerde: _____

Handtekening premiebetaler: _____ Handtekening tussenpersoon: _____
(indien ander persoon dan verzekeringnemer(s))

Tussenpersoon verklaart dat hij de identiteit van de bij de verzekering betrokken personen heeft vastgesteld en geverifieerd volgens de Wwft.

TAF stuurt u uw polisblad per e-mail toe. Dat bespaart tijd, geld en papier. Wilt u het polisblad toch per post ontvangen, geeft u dat dan hieronder aan.

Ik ontvang het polisblad liever per post.



Toelichting gezondheidsverklaring

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

U krijgt een gezondheidsverklaring

U vraagt een levensverzekering aan. Daarbij hoort een gezondheidsverklaring. Wilt u dit formulier helemaal invullen? De medisch adviseur kijkt vervolgens naar uw antwoorden. Hij adviseert daarna de verzekeraar of die de verzekering wel of niet kan accepteren. En zo ja, onder welke voorwaarden. In de “Medische beoordeling bij acceptatie levensverzekeringen” op www.taf.nl leest u hoe de medische beoordeling precies in zijn werk gaat.

Recht op eerste kennisneming

U heeft het recht om als eerste te horen wat het medisch advies is van de medisch adviseur. Dit heet “het recht op eerste kennisneming”. U geeft van tevoren aandaat u het medisch advies als eerste wilt horen. U stuurt hiervoor een brief naar de medisch adviseur.

Toelichting Gezondheidsverklaring Levensverzekering

Op www.taf.nl vindt u een uitgebreide toelichting op deze gezondheidsverklaring. Deze toelichting hoort onlosmakelijk bij dit formulier, leest u de toelichting daarom goed door.

Vul alle vragen goed in

Dat is belangrijk. En dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat:

- de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt;
- de verzekeraar geen uitkering geeft bij overlijden.

Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.

Beantwoordt u een gezondheidsvraag met ja?

Dan moet u hierover meer vertellen. U vult voor iedere aandoening of ziekte een apart vel in. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Gebruik dan een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke aandoening of ziekte het vel hoort.

Wat moet u doen als uw gezondheid verandert?

Geeft u wijzigingen in uw gezondheidstoestand direct schriftelijk door aan de verzekeraar als:

- De ingangsdatum van de verzekering in de toekomst ligt;
- De wijzigingen in uw gezondheid zijn opgetreden ná ondertekening van de gezondheidsverklaring, maar vóórdat de verzekering is geaccepteerd.

Onder ‘wijzigingen in uw gezondheidstoestand’ verstaan wij in ieder geval (maar niet uitsluitend) een doorverwijzing van uw huisarts naar een specialist of andere behandelaar, of nader (bloed)onderzoek.



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Gegevens verzekerde

Voorletter(s):		Tussenvoegsel:	
Achternaam:			
Geboortedatum:	__ __ - __ __ - __ __ __ __	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN/Sofinummer:	__ __ __ __ __ __ __ __		
Beroep:			
Adres:			
Postcode/Woonplaats:	__ __ __ __ __ __		



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Risicovragen voor de verzekerde

Hoeveel uur per week werkt u? uur

Uw werk bestaat uit?

- Lichamelijke arbeid: uur

- Administratie: uur

- Leiding geven/toezicht houden: uur

- Reizen: uur

- Anders, nl: uur

Wie is uw huisarts?

Naam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

1. Beoefent u een risicovolle sport of vrijetijdsactiviteit zoals auto- of motorsport, bergsport, duiksport, deltavliegen of sportvliegen?

Nee Ja

a. Welke activiteit?

b. Hoe vaak per jaar?

2. Bent u, **buiten de vakanties om**, ooit in het buitenland op reis geweest, of heeft u in het buitenland gewoond?

Nee Ja

a. Welk(e) land(en)?

b. Wanneer?

c. Hoe lang?

d. Reden:

3. Bent u van plan om, **buiten de vakanties om**, in het buitenland op reis te gaan of in het buitenland te gaan wonen?

Nee Ja

a. Welk(e) land(en)?

b. Wanneer?

c. Hoe lang?

d. Reden:

4. Drinkt u alcoholische dranken?

Nee Ja

a. Aantal glazen bier (250 ml per glas) per week:

b. Aantal glazen wijn (100 ml per glas) per week:

c. Aantal glazen sterke drank (35 ml per glas) per week:

5. Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee Ja

a. Wanneer?

b. Door wie?

c. Waarom?

6. Rookt u of heeft u de afgelopen 24 maanden gerookt of tabakswaaren gebruikt?

(w.o. sigaren, sigaretten, pijpen en eventuele nicotinevervangende therapie, enz.) Er kan u gevraagd worden een test af te leggen om uw niet-rokersstatus te bevestigen.

Nee Ja

a. Wat rookt(e) u?

b. Hoeveel rookt(e) u per dag?

c. Rookt u nog steeds? Nee Ja

Wanneer bent u gestopt?

GVK-2



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Vervolg risicovragen voor de verzekerde

7. Gebruikt u drugs of heeft u ooit drugs gebruikt, anders dan als behandeling voor een aandoening?

Nee Ja

a. Welke drugs gebruikt(e) u?

b. Gebruikt u nog steeds drugs? Nee Ja

Wanneer bent u gestopt? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

8. Bent u ooit afgewezen (dekking geweigerd), extra belast of heeft u extra niet-standaard voorwaarden aangeboden gekregen om andere dan medische redenen?

Nee Ja

a. Waarom?

b. Wanneer? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

c. Maatschappij:

Gezondheidsvragen verzekerde

1. Voorletter(s) eerste verzekerde: _____ Achternaam: _____

2. Wat is uw lengte en gewicht? _____ cm _____ kg

3. Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad?*

Let op! Kruis ook Ja aan als u:

- in het verleden deze klachten heeft gehad;
- bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;
- bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

- a. Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, hoofdpijn, duizeligheid. Nee Ja*
- b. Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout. Nee Ja*
- c. Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van de bloedvaten, embolie. Nee Ja*
- d. Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen. Nee Ja*
- e. Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, embolie. Nee Ja*
- f. Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier. Nee Ja*
- g. Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen. Nee Ja*
- h. Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten. Nee Ja*
- i. Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede. Nee Ja*
- j. Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming. Nee Ja*
- k. Aandoening, ziekte of klachten van de ogen, huid, open been, fistels, trombose. Nee Ja*
- l. Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen. Nee Ja*

* Wanneer u 'ja' heeft geantwoord op één van deze vragen, vul dan op de volgende pagina de vragen per ziekte of aandoening in. Er is ruimte voor maximaal twee ziektes. Hebt u vaker dan twee keer 'ja' ingevuld, maakt u dan een kopie van de vragen.



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 1

Bij welke letter bij vraag 3 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 2

Bij welke letter bij vraag 3 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld?

Wat is zijn specialisme?

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld?

Wat is zijn specialisme?

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 3

Bij welke letter bij vraag 3 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld?

Wat is zijn specialisme?

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld?

Wat is zijn specialisme?

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 4

Bij welke letter bij vraag 3 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

Wat is zijn specialisme?

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

Wat is zijn specialisme?

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF Nabestaandenverzekering

eenvoudig transparant

Slotverklaring en ondertekening

Door ondertekening van deze gezondheidsverklaring verklaar ik als verzekerde tevens dat:

- a) Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- b) Ik me ervan bewust ben dat, wanneer de verstrekte informatie onjuist en/of onvolledig is, de verzekeraar het recht heeft om de verzekeringsovereenkomst per direct op te zeggen en/of conform artikel 7: 930 van het Burgerlijk Wetboek betaling van uitkeringen te weigeren.
- c) Mij bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.
- d) Mij bekend is dat de koopsom of premie kan verschillen op grond van mijn gezondheidssituatie, gewijzigde wet- en regelgeving of als de ingangsdatum van de verzekering tijdens de behandeling van deze aanvraag, om welke reden dan ook, verder in de toekomst komt te liggen dan in de aanvraag is aangegeven.
- e) Mij bekend is dat ik de verzekeraar direct informeer als mijn gezondheid verandert nádat ik de gezondheidsverklaring heb ingevuld, maar vóórdát de verzekeraar mij definitief heeft geaccepteerd en/of de verzekering ingaat.
- f) Ik kennis heb genomen van het privacy statement van TAF (te vinden op www.taf.nl/privacy). Daarin staat onder andere dat TAF persoonsgegevens verwerkt en deelt met andere partijen voor zover dit nodig is voor het beoordelen, aangaan en uitvoeren van overeenkomsten.
- g) Ik ermee akkoord ben dat TAF mijn persoonsgegevens verwerkt voor de beoordeling van de aanvraag.
- h) Ik ermee akkoord ben dat de uitkomst van de medische beoordeling (afwijzing, uitsluitingsclausules, premieopslag, etc.), wordt gecommuniceerd naar de verzekeringnemer.
- i) Mij bekend is dat verzekeringnemer het recht heeft de aanvraag voor deze verzekering te herroepen. Herroeping van de verzekering betekent, conform de regels van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), dat ik binnen 1 maand ná afgiftedatum van het eerste polisblad de mogelijkheid heb zonder opgave van reden de polis terug te sturen naar TAF BV.
- j) Ik de polisvoorwaarden heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. De van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn te vinden op www.taf.nl/polisvoorwaarden.
- k) Ik de toelichting op de gezondheidsverklaring heb gelezen. Deze toelichting maakt onderdeel uit van dit formulier. U vindt de toelichting op www.taf.nl.

Plaats: _____

Datum: - -

Handtekening verzekerde: _____

Opslaan