



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

Als zelfstandig ondernemer bent u gewend aan het nemen van risico's. Maar liever niet als het over uw gezondheid gaat. De TAF BasisGezekerd AOV biedt u een betaalbare arbeidsongeschiktheidsverzekering als vangnet als u door een ongeval en (optioneel) ernstige ziekte niet kunt werken.



eenvoudig transparant



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer:

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Gegevens verzekerde

Voorletter(s): Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Mobiele telefoonnummer:

Geboortedatum: - - Geslacht: Man Vrouw

BSN/Sofinummer:

Nationaliteit:

IBAN rekeningnummer:



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Gegevens verzekeringnemer

Bedrijfsnaam: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail*: _____

KvK-nummer: _____

IBAN rekeningnummer: _____

* 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).

Belangrijk voor een snelle afhandeling van uw aanvraag

Voorkom vertraging en check of u de volgende gegevens heeft ingevuld of aangeleverd:

- Volledige gegevens van de verzekeringnemer, inclusief BSN en IBAN rekeningnummer;
- Alle verzekeringskenmerken;
- De vragen in dit formulier over het strafrechtelijk verleden;
- Een door de verzekeringsadviseur gemaakte kopie van het geldig legitimatiebewijs van de verzekeringnemer, als de premie meer dan € 1.000,- per jaar is;
- Volledig ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring (indien dekking Ernstige Ziekte);
- Handtekeningen op het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring en de pagina over het meerjarig contract (pagina 8);

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 in één mailbericht 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 BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Verzekeringskenmerken (Let op: deze verzekering is bestemd voor zelfstandig ondernemers)

Wachttijd:	<input type="checkbox"/> 30 dagen	<input type="checkbox"/> 60 dagen	<input type="checkbox"/> 90 dagen
	<input type="checkbox"/> 180 dagen	<input type="checkbox"/> 365 dagen	
Uitkeringsduur bij AO ¹⁾ :	<input type="checkbox"/> 24 maanden	<input type="checkbox"/> 60 maanden	<input type="checkbox"/> 120 maanden
	<input type="checkbox"/> Tot einde looptijd		
Ernstige ziekten meeverzekeren ²⁾ :	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Roker:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Beroep ³⁾ :			
Percentage werkzaamheden op kantoor:	%		
Ingangsdatum verzekering:	_ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _		
Einddatum verzekering:	_ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ (looptijd maanden)		
Te verzekeren maandbedrag AO ⁴⁾ :	€	(minimaal € 500,- en maximaal € 2.000,- per maand)	

¹⁾ AO = arbeidsongeschiktheid

²⁾ Ernstige ziekten die onder de dekking van de verzekering vallen zijn beschreven in de polisvoorwaarden IPT BG 09-2017. U dient er rekening mee te houden dat er geen dekking bestaat indien een van de ernstige ziekten zich openbaart of de klachten van een van de ernstige ziekten aanvangen gedurende de eerste 30 dagen na de ingangsdatum.

³⁾ Voor sommige beroepen is het niet mogelijk deze verzekering af te sluiten. Voor andere beroepen geldt dat een ongeval gedurende de uitoefening van het beroep uitgesloten is van dekking. Voor de zwaardere beroepen is de maximale eindleeftijd 62 of 65 in plaats van 67. Voor een overzicht van de uitgesloten beroepen en beroepen met een beperking gaat u naar www.taf.nl/beroepenlijst.

⁴⁾ Het verzekerd bedrag is maximaal uw aantoonbare vaste maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor niet aantoonbare lasten. Indien u een bestaande verzekering heeft voor het risico van arbeidsongeschiktheid die u niet beëindigt dan dient u het verzekerd bedrag in mindering te brengen op het maximaal verzekerd bedrag van deze verzekering.

Verzekeringskosten

<input type="checkbox"/> Eenmalige poliskosten:	€ 30,-		
<input type="checkbox"/> Premie (exclusief poliskosten):	€	<input type="checkbox"/> per maand	<input type="checkbox"/> per jaar
Maand- of jaarpremie is afkomstig uit*:	<input type="checkbox"/> Inkomsten uit onderneming	<input type="checkbox"/> Verzekeringsuitkeringen	
	<input type="checkbox"/> Inkomsten uit winst investeringen	<input type="checkbox"/> Erfenis of gift	
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		

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

Belasting

U kunt de premie 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.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Betaalwijze

De premie dient te worden betaald via 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.

Maandelijkse lasten

Hoe hoog zijn uw huidige vaste aantoonbare maandelijkse lasten

vermeerderd met € 750,- aan persoonlijke niet aantoonbare maandelijkse lasten?* €

* Het verzekerd maandbedrag is maximaal uw vaste aantoonbare maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke niet aan te tonen maandlasten.

Lopende verzekeringen

Heeft u lopende verzekeringen, bij TAF of andere verzekeringsmaatschappijen, waarbij het risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd?

Nee Ja

Maatschappij:

Verzekerd jaarbedrag: €

Gaat u deze polis opzeggen? Nee** Ja, wanneer? - -

** Indien u een bestaande verzekering heeft voor het risico van arbeidsongeschiktheid die u niet beëindigt, dient u het verzekerd bedrag in mindering te brengen op het maximaal verzekerd bedrag van deze verzekering.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Medische beoordeling en acceptatie

Wij kijken ook naar uw gezondheid en werkzaamheden. Daarvoor vult u de gezondheidsverklaring in die u achter dit aanvraagformulier vindt. De gezondheidsverklaring vormt samen met het aanvraagformulier één geheel. Samen zijn ze de basis voor de medische acceptatie.

Heeft u alleen gekozen voor de optie 'ongeval' dan hoeft u alleen de risicovragen in te vullen op de gezondheidsverklaring.

Wat kunt u verwachten van de medische beoordeling?

De gezondheidsverklaring wordt beoordeeld door een onafhankelijk medisch adviseur. Het kan zijn dat de medisch adviseur aanvullende informatie nodig heeft naar aanleiding van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring. De medisch adviseur neemt dan contact met u op.

Wanneer ontvangt u reactie als u uw aanvraag en gezondheidsverklaring heeft verstuurd?

Wij streven ernaar uw aanvraag binnen 48 uur na ontvangst te verwerken. Uw verzekeringsadviseur krijgt van ons een ontvangstbevestiging als dat gebeurd is. Wij informeren uw verzekeringsadviseur ook als er informatie ontbreekt, als wij aanvullende vragen hebben of als er aanvullende medische informatie nodig is.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:

- a) Alle in het formulier gestelde vragen naar waarheid zijn beantwoord.
- b) Mij bekend is dat op grond van de polisvoorwaarden het niet is toegestaan om meerdere polissen voor het risico van arbeidsongeschiktheid af te sluiten bij dezelfde verzekeraar. 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.
- c) Mij bekend is dat ik als zelfstandige tenminste 16 uur per week en voor tenminste 4 weken aaneengesloten betaald en actief deel dien te nemen aan het arbeidsproces om recht te hebben op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
- d) 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.
- e) Mij bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat de verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.
- f) Mij bekend is dat de 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.
- g) 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 de verzekeringsovereenkomst.
- h) Ik ermee akkoord ga dat TAF mijn persoonsgegevens verwerkt voor de beoordeling van de aanvraag.
- i) Mij bekend is dat ik het recht heb 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) Mij bekend is dat correspondentie met betrekking tot deze verzekering via de tussenpersoon verloopt.
- k) Ik de polisvoorwaarden, IPT BG 09-2017 heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. De van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn te vinden op www.taf.nl/polisvoorwaarden.
- l) Mij bekend is dat sommige gebeurtenissen gevolgen kunnen hebben voor mijn verzekering, zoals wijziging van mijn beroep of werkzaamheden. Ik geef deze wijzigingen altijd direct door aan TAF.
- m) Ik me ervan bewust ben dat de verzekering een beperkte dekking biedt waardoor niet alle oorzaken van arbeidsongeschiktheid, waaronder psychische klachten, leiden tot uitkering van de verzekering.
- n) Mij bekend is dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval tijdens de uitoefening van een gevaarlijk beroep niet kan leiden tot uitkering van de verzekering. Met een clause op het polisblad wordt deze beperking, indien van toepassing, opgenomen op het polisblad.

Plaats:

Datum: l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde:

Handtekening tussenpersoon:

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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Het AOV advies van een goede financieel adviseur moet voldoen aan de Wet op het financieel toezicht (Wft). Uw adviseur zal daarom, voordat hij zijn advies geeft, ook vragen stellen over uw financiële positie, risicobereidheid, doelstellingen en kennis en ervaring. Verstrek altijd deze informatie aan uw adviseur. Ook zal uw adviseur uitleggen waarom deze informatie belangrijk is en wat dit betekent voor zijn advies aan u. U kunt hier ook naar vragen. Dit aanvraagformulier is niet bedoeld voor het doorgeven van de hier bovengenoemde informatie aan uw adviseur. Uw adviseur gebruikt hiervoor een ander formulier of doet dit via internet.

U krijgt een gezondheidsverklaring

U vraagt een arbeidsongeschiktheidsverzekering aan met de dekking Ernstige Ziekten. 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 TAF BasisGezekerd AOV” op www.taf.nl leest u hoe de medische beoordeling precies in zijn werk gaat.

Heeft u alleen gekozen voor de dekking ‘ongeval’ dan hoeft u alleen de risicovragen op de gezondheidsverklaring in te vullen.

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 aan dat u het medisch advies als eerste wilt horen. U stuurt hiervoor een brief naar de medisch adviseur.

Toelichting Gezondheidsverklaring Arbeidsongeschiktheidsverzekering

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 arbeidsongeschiktheid;

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 BasisGezekerd AOV

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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Risicovragen

Werkzaamheden

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

Huisarts

Wie is uw huisarts?

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/Woonplaats: _____

Alcohol

Drinkt u alcoholische dranken? Nee Ja

- Aantal glazen bier (250 ml per glas) per week: _____

- Aantal glazen wijn (100 ml per glas) per week: _____

- Aantal glazen sterke drank (35 ml per glas) per week: _____

Drugs

Gebruikt u drugs of heeft u ooit drugs gebruikt, anders dan als behandeling voor een aandoening? (Gebruik van soft-drugs voor < 2x per week mag met nee worden beantwoord)

Nee Ja

Roken

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. Vanaf welke leeftijd rookt(e) u? _____

d. Rookt u nog steeds? Nee Ja

Wanneer bent u gestopt? _____

Geweigerd danwel afgewezen

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: _____



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Strafrechtelijk verleden

Bent u in de afgelopen 8 jaar in aanraking gekomen met politie en/of justitie vanwege het plegen van een of meerdere van de volgende strafbare feiten? Dit betekent dat er in de afgelopen 8 jaar een onderzoek heeft plaatsgevonden (of nog loopt), een veroordeling heeft plaatsgevonden of er in de afgelopen 8 jaar (nog) sprake was van een straf of maatregel.

- Nee Zo ja, om welk strafbaar feit (of feiten) ging dit en geef aan in welk jaartal dit was:
- Ontzegging van rij- of vaarbevoegdheid, in het jaar _____
- Diefstal, inbraak, verduistering, heling, bedrog, oplichting, valsheid in geschrifte of een poging daartoe, in het jaar _____
- Vernieling, brandstichting, afpersing, bedreiging of een poging daartoe, in het jaar _____
- Aanranding, verkrachting, ontucht met minderjarigen, bezit van kinderporno of een poging daartoe, in het jaar _____
- Bezit en/of handelen in wapens, munitie, vuurwerk of een poging daartoe, in het jaar _____
- Bezitten, kweken, handelen, doorvoeren en/of invoeren van drugs of een poging daartoe, in het jaar _____
- Misdrijven die te maken hebben met terrorisme, witwassen of deelname aan criminele organisaties of een poging daartoe, in het jaar _____
- Milieumisdrijven of een poging daartoe, in het jaar _____
- Misdrijf gericht tegen de persoonlijke vrijheid of tegen het leven of een poging daartoe, in het jaar _____
- Alle vormen van fraude, bijvoorbeeld verzekeringsfraude, of een poging daartoe, in het jaar _____

Zijn er evt. (straf)maatregelen opgelegd en in welke periode zijn deze ten uitvoer gelegd?

* Onder strafbare feiten vallen niet alleen misdrijven, maar ook overtredingen.

De onderstaande gezondheidsvragen hoeft u alleen te beantwoorden als de dekking "Ernstige ziekten" wordt meeverzekerd. Indien u alleen arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval verzekerd dan kunt u onderstaande gezondheidsvragen overslaan en doorgaan naar de slotverklaring en ondertekening op de laatste pagina.

Gezondheidsvragen

1. Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8? Of heeft u die vroeger gedragen?

- Nee Ja

Zo ja, sterkte links: sterkte rechts:

2. Heeft u door ziekte of ongeval de laatste vijf jaar twee weken of langer niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt? Nee Ja

Zo ja, hoelang heeft u niet gewerkt?

Waarom heeft u niet gewerkt?

Wanneer heeft u niet gewerkt:

van _____ tot _____

Werkt u nu wel? Nee Ja

3. Werkt u nu volledig? Nee Ja

Zo nee, komt dit door een klacht, ziekte, gebrek of aandoening? Nee Ja

4. Wat is uw lengte en gewicht? cm kg



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Vervolg gezondheidsvragen

5. 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, stress of stressgerelateerde klachten. 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, alveesklieer. 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, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad. Nee Ja*
- k. Aandoening, ziekte of klachten van de huid, spataderen, open been, fistels, trombose. Nee Ja*
- l. Aandoening, ziekte, of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis). Nee Ja*
- m. Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen. Nee Ja*

Heeft u hierboven een aandoening, ziekte, klacht of gebrek aangekruist? Vul dan de volgende vraag in.

n. Kon of kunt u onderdelen van uw werk niet doen? En komt dit door de aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek die u hierboven aankruiste?

Nee Ja

Welk onderdeel van uw werk kon/kunt u niet meer doen?

Sinds wanneer? - -

Is dit nog steeds zo? 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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 1

Bij welke letter bij vraag 5 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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 2

Bij welke letter bij vraag 5 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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 3

Bij welke letter bij vraag 5 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

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 BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 4

Bij welke letter bij vraag 5 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 BasisGezekerd AOV

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 opgaaf 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

Uiteindelijk belanghebbende (UBO) verklaring

Waarom dit formulier?

Verzekeraars en andere partijen betrokken bij een verzekering moeten onder andere voldoen aan: de wet- en regelgeving op het gebied van financieel toezicht, de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme, de Wet op het financieel toezicht en de sanctiewet- en regelgeving. Daarom zijn wij verplicht vóór het sluiten van een verzekering een cliëntenonderzoek uit te voeren. Bij uitkering aan een eventueel derde begunstigde (niet zijnde verzekeringnemer) wordt bovengenoemd onderzoek ook ten aanzien van deze derde begunstigde uitgevoerd. Zonder cliëntenonderzoek kunnen wij uw aanvraag niet verder in behandeling nemen c.q. kunnen wij niet tot enige uitkering overgaan. Onderdeel hiervan is het bepalen van de uiteindelijk belanghebbende (oftewel: Ultimate Beneficial Owner, afgekort tot 'UBO') en deze te toetsen aan de sanctielijsten. Wij vragen u daarom dringend dit formulier zo spoedig mogelijk in te vullen.

Wie zijn uw UBO's?

Is uw organisatie een rechtspersoon, zoals bijvoorbeeld een vereniging, stichting, coöperatie, onderlinge waarborgmaatschappij, NV, BV of vergelijkbare buitenlandse rechtsvorm, dan is uw UBO:

- de natuurlijke persoon die een direct of indirect belang heeft van 25% of meer in het kapitaal van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die direct of indirect 25% of meer van de stemrechten in de algemene vergadering van uw organisatie kan uitoefenen en/of
- de natuurlijke persoon die begunstigde is van 25% of meer van het vermogen van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die bijzondere zeggenschap heeft over 25% of meer van het vermogen van uw organisatie. Hiermee wordt bedoeld dat de persoon een bijzonder zeggenschapsrecht heeft dat is vastgelegd in bijvoorbeeld de statuten en/of
- de natuurlijke persoon die feitelijke zeggenschap(*) heeft over uw organisatie.
- Let op: wanneer de aandelen van uw organisatie in handen gegeven zijn van een Stichting Administratiekantoor is het mogelijk dat de certificaathouders hiervan zich op basis van bovenstaande criteria kwalificeren als UBO.

Is uw organisatie een eenmanszaak of personenvennootschap, zoals bijvoorbeeld een vof, cv of maatschap, of een vergelijkbare buitenlandse rechtsvorm, dan is uw UBO:

- de natuurlijke persoon die bij ontbinding van uw organisatie recht heeft op 25% of meer van de ontbonden gemeenschap en/of
- de natuurlijke persoon die recht heeft op 25% of meer van de winsten van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die 25% of meer van de stemrechten kan uitoefenen als bij besluitvorming binnen uw organisatie een meerderheid van stemmen is vereist en/of
- de natuurlijke persoon die de *feitelijke zeggenschap*(*) heeft over uw organisatie.

(*) van *feitelijk zeggenschap* over een rechtspersoon of personenvennootschap is sprake als een natuurlijke persoon:

- (i) de meerderheid van een toezichthoudend, leidinggevend of bestuurlijk orgaan kan benoemen of ontslaan,
- (ii) de zeggenschap heeft over de meerderheid van de stemrechten,
- (iii) op andere wijze een overheersende invloed heeft op de organisatie of
- (iv) het recht heeft om over (een deel van) het vermogen van de organisatie te beschikken.

Let op: er dient altijd minimaal 1 persoon te zijn met feitelijke zeggenschap

Gegevens van uw organisatie

Registratiesoort

Registratienummer

Statutaire naam (indien rechtspersoon)

Naam volgens Kamer van Koophandel (indien personenvennootschap)

Adres

UBO formulier ID

UBO percentage 25 %

Vragenlijst

De volgende vragen dienen beantwoord te worden om erachter te komen wie de UBO's van uw organisatie zijn. Indien u een of meerdere vragen met Ja beantwoord kunt u de gegevens van deze natuurlijke personen op de volgende pagina invullen. Bij twijfel ook graag de gegevens van de mogelijke UBO's invullen op de volgende pagina. **Let op: Er kunnen meerdere UBO's zijn.**

1. Zijn er natuurlijke personen die 25% of meer van de aandelen van de rechtspersoon rechtstreeks of via een andere rechtspersoon in bezit hebben?

Ja

Nee

2. Zijn er natuurlijke personen die recht hebben op of bijzondere zeggenschap hebben over 25% of meer van het vermogen van de organisatie?

Ja

Nee

3. Zijn er natuurlijke personen die recht hebben op een aandeel van 25% of meer in de winsten van de organisatie?

Ja

Nee

4. Zijn er natuurlijke personen die 25% of meer van de stemrechten kunnen uitoefenen in de algemene vergadering van de organisatie?

Ja

Nee

Naast de personen die zich op basis van vraag 1 t/m 4 als UBO kwalificeren zijn ook personen met feitelijke zeggenschap * UBO. Hierbij kan in ieder geval gedacht worden aan bestuurders en/of tekeningsbevoegde functionarissen.

- Heeft u vraag **1** met **Ja** beantwoord, vul dan op de volgende pagina de gegevens van alle UBO('s) in met per UBO het **% Aandeel**.
- Heeft u vraag **2, 3, of 4** met **Ja** beantwoord, vul dan op de volgende pagina de gegevens van alle UBO('s) in en vink **Zeggenschap** aan. Daarnaast vult u hier ook de personen in met **feitelijke zeggenschap***. Let op: er is altijd minimaal 1 persoon te zijn met feitelijke zeggenschap*.
- Indien één UBO zowel een **% Aandeel** als **Zeggenschap** heeft, geef dan a.u.b. beiden aan.
- Indien er naar uw mening geen UBO aan te wijzen is, dan verzoeken wij u hier de gegevens te vermelden van de natuurlijke personen die namens uw organisatie bevoegd zijn bestuursbesluiten te nemen en te tekenen.

Per UBO zijn alle velden behalve Tussenvoegsel(s) verplicht en 1 van de velden % Aandeel of Zeggenschap

Gegevens UBO 1

Voornamen	Woonadres
Tussenvoegsel(s)	
Achternaam	Postcode
Geslacht	Woonplaats
Geboren op	Land
Geboorteplaats	
Geboorteland	Nationaliteit
% Aandeel en/of Zeggenschap	

Gegevens UBO 2

Voornamen	Woonadres
Tussenvoegsel(s)	
Achternaam	Postcode
Geslacht	Woonplaats
Geboren op	Land
Geboorteplaats	
Geboorteland	Nationaliteit
% Aandeel en/of Zeggenschap	

Gegevens UBO 3

Voornamen	Woonadres
-----------	-----------

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Postcode

Geslacht

Woonplaats

Geboren op

Land

Geboorteplaats

Geboorteland

Nationaliteit

% Aandeel en/of Zeggenschap

Gegevens UBO 4

Voornamen

Woonadres

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Postcode

Geslacht

Woonplaats

Geboren op

Land

Geboorteplaats

Geboorteland

Nationaliteit

% Aandeel en/of Zeggenschap

Privacy

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Algemene verordening gegevensbescherming van toepassing. De met dit formulier verkregen gegevens worden verwerkt in het kader van het cliëntenonderzoek dat verzekeraars en andere partijen die betrokken zijn bij een verzekering uitvoeren om te voldoen aan de Customer Due Diligence (CDD) verplichtingen die voortvloeien uit de Wet op het financieel toezicht en de sanctiewet- en regelgeving. Verder worden de gegevens verwerkt ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen en voor statistische analyses. De gegevens kunnen worden verwerkt door derden om financiële dienstverleners in staat te stellen (cliënten)onderzoeken uit te voeren. De verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens die met dit UBO-formulier zijn verkregen, is de juridische entiteit die is genoemd in de communicatie aan u waarvan dit UBO-formulier onderdeel is.

Disclaimer

Ondertekening van dit formulier staat los van de verzekeringsovereenkomst. Een verzekeringsovereenkomst komt eerst tot stand na schriftelijke acceptatie van het aangeboden risico door de verzekeraar(s).

Sanctiebepaling

De verzekeraar is niet gehouden om dekking of schadeloosstelling te bieden krachtens een verzekering, indien dit een inbreuk zou vormen op sanctiewet- en regelgeving uit hoofde waarvan het verzekeraars verboden is om dekking te bieden of schadeloosstelling uit te keren.

Ondertekening

Ondergetekende(n), alleen dan wel samen bevoegd om namens de organisatie te tekenen en deze te binden, verklaart/verklaren dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.



Met deze ondertekening stemt u ermee in dat u de organisatie van wie u dit formulier heeft ontvangen zo spoedig mogelijk informeert indien:

- er wijzigingen hebben plaatsgevonden die betrekking hebben op de UBO's van uw organisatie. Denk hierbij aan de situatie dat uw organisatie een nieuwe UBO erbij krijgt, indien de gegevens van de bestaande UBO's van uw organisatie wijzigen of indien bestaande UBO's van uw organisatie niet langer als UBO aangemerkt kunnen worden.

Ondertekenaar 1

Naam ondertekenaar

Functie

Datum

Plaats

Handtekening

Ondertekenaar 2

Naam ondertekenaar

Functie

Datum

Plaats

Handtekening