



## Aanvraagformulier

### TAF Overlijdensrisicoverzekering

Kiest u voor TAF? Dan kiest u voor één van de hoogst gewaardeerde overlijdensrisicoverzekeringen in Nederland, die u bovendien afstemt op uw persoonlijke wensen. Zo beschermt u uw nabestaanden optimaal tegen de ongewenste financiële gevolgen van overlijden. 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.



eenvoudig transparant



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gegevens tussenpersoon

---

Tussenpersoon nummer:

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer:  E-mail:

### Productkeuze

---

TAF Personal Overlijdensrisicoverzekering met

Quantum Leben       iptiQ       Chubb Life       BNP Paribas Cardif Levensverzekeringen

TAF Special Overlijdensrisicoverzekering met

Quantum Leben       iptiQ       Chubb Life       BNP Paribas Cardif Levensverzekeringen

### 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](mailto: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 Overlijdensrisicoverzekering

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:	____-____-____

### Gegevens mede-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:	

\* 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).



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gegevens eerste 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(s): <input type="checkbox"/> (On)gehuwd partner <input type="checkbox"/> Compagnon	
<input type="checkbox"/> Anders, nl:	

### Gegevens tweede verzekerde (alleen invullen indien verzekerde een ander is dan mede-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(s): <input type="checkbox"/> (On)gehuwd partner <input type="checkbox"/> Compagnon	
<input type="checkbox"/> Anders, nl:	

### Gegevens premiebetaler (alleen invullen indien premiebetaler een ander is dan verzekeringnemer)

Voorletter(s):	Tussenvoegsel:
Achternaam:	
Adres:	
Postcode/Woonplaats:	_____
Telefoonnummer:	_____ E-mail:
Mobiele telefoonnummer:	_____
BSN/Sofinummer:	_____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
IBAN rekeningnummer:	_____
Naam rekeninghouder:	te



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Begunstiging

<input type="checkbox"/> Standaard Standaard geldt begunstiging in de volgende volgorde:	<input type="checkbox"/> Afwijkend Indien een andere begunstigde of een andere volgorde van begunstiging moet gelden hieronder invullen:				
	Volgorde	Naam	Voorletters	Geboortedatum	Geslacht
1. Verzekeringnemer	1				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
2. Weduwe, weduwnaar of geregistreerd partner van verzekeringnemer	2				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
3. De kinderen van verzekeringnemer	3				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
4. De erfgenamen van verzekeringnemer	4				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

### Premiesplitsing

Premiesplitsing i.v.m. erfbelasting toepassen?  Nee  Ja

### Overige verzekeringen

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

Nee  Ja

Maatschappij:	
Verzekering op naam van:	<input type="checkbox"/> 1e Verzekerde <input type="checkbox"/> 2e Verzekerde
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:	
Verzekering op naam van:	<input type="checkbox"/> 1e Verzekerde <input type="checkbox"/> 2e Verzekerde
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:	
Verzekering op naam van:	<input type="checkbox"/> 1e Verzekerde <input type="checkbox"/> 2e Verzekerde
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](http://www.taf.nl) onder Klantenservice kunt downloaden. Als er een tweede verzekeringnemer is (bijvoorbeeld uw partner) moet deze het opzeggingsformulier ook ondertekenen.

### Verpanden aan uw hypotheek

De rechten uit de aangevraagde verzekering worden (gedeeltelijk) verpand aan:

Naam geldverstrekker: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats: l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l

Offerte/Leningnummer: l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l \_ l

Bedrag (gedeeltelijke) verpanding: € (Bij twee verzekerden voor beiden gelijk)



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Verzekeringskenmerken (altijd invullen)

Te verzekeren kapitaal (min. € 2.500,- tot max. € 6.000.000,-):

1e verzekerde: €  Roker?  Nee  Ja

2e verzekerde: €  Roker?  Nee  Ja

Gelijkblijvend

Annuitair dalend:      % (minimaal 1% tot maximaal 8%)

Lineair dalend:

Jaarlijks stijgend:  0,5%  1%  1,5%  2%  2,5%

Lineair stijgend: Eindkapitaal 1e verzekerde €

Eindkapitaal 2e verzekerde €

Looptijd:  jaren

Is de verzekering hypotheekgerelateerd?  Nee  Ja

Ingangsdatum verzekering:    -    -

Einddatum verzekering:    -    -     (looptijd max. 50 jaar)

Aanvraag voor deze verzekering wordt gedaan op basis van polisvoorwaarden:

### Extra opties

Kinderdekking (niet mogelijk bij BNP):  Nee  Ja

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid (niet mogelijk bij BNP):  Nee  Ja

Ongevallendekking (niet mogelijk bij BNP):  Nee  Ja

Gerichte Lijfrente (niet mogelijk bij Chubb Life):  Nee  Ja

Uitkering reservewaarde bij voortijdige beëindiging (niet mogelijk bij BNP):  Nee  Ja

### Verzekeringskosten

Premie: €   Per maand  Per jaar

Koopsom\*: €  eenmalig

Einddatum premiebetaling:    -    -

De koopsom of premie is afkomstig uit\*\*:

Looninkomsten  Verzekeringsuitkeringen

Inkomsten uit onderneming  Erfenis of gift

Inkomsten uit winst investeringen

Anders, namelijk:

\* Betaling tegen koopsom is alleen mogelijk bij verzekeraars Credit Life en Quantum Leben.

\*\* **Let op:** dit moet aangegeven worden voor acceptatie door de verzekeraar.



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Doel van de verzekering

Wat is de reden van de aanvraag voor deze overlijdensrisicoverzekering?

Bij een verzekerd kapitaal van € 250.000,- of hoger en indien de verzekering niet verpand wordt aan uw hypotheek, vragen wij u hieronder een financiële onderbouwing te geven.

Jaarinkomen verzekerde(n) over de afgelopen 2 jaren:

	verzekerde 1	verzekerde 2
Jaar:	€	€
Jaar:	€	€

Beschrijf hoe de hoogte van het verzekerde kapitaal is berekend:

### 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 Overlijdensrisicoverzekering', de naam, de postcode en de geboortedatum van de verzekerde.



# Aanvraagformulier

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, mede-verzekeringnemer, verzekerde(n) en premiebetalers tevens dat:

- Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- 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.
- Hen bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat de verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.
- Indien er gekozen is voor kinderdekking, er voor alle meeverzekerde kinderen kan worden aangenomen dat zij niet aan een terminale ziekte of aandoening lijden waarvan op moment van ondertekening van dit aanvraagformulier kan worden aangenomen dat zij een levensverwachting hebben van minder dan 3 jaar.
- 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.
- Zij zich ervan bewust zijn dat er bij deze verzekering geen sprake is van winstdeling.
- Zij kennis hebben genomen van het privacy statement van TAF (te vinden op [www.taf.nl/privacy](http://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.
- Zij ermee akkoord zijn dat TAF hun persoonsgegevens verwerkt voor de beoordeling van de aanvraag.
- Hen bekend is dat de verzekeringnemer en mede-verzekeringnemer het recht hebben de aanvraag voor deze verzekering te herroepen. Herroeping van de verzekering betekent, conform de regels van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), dat de verzekeringnemer en mede-verzekeringnemer binnen 1 maand ná afgiftedatum van het eerste polisblad de mogelijkheid hebben zonder opgave van reden de polis terug te sturen naar TAF BV.
- Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. De van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn te vinden op [www.taf.nl/polisvoorwaarden](http://www.taf.nl/polisvoorwaarden).
- Zij ermee instemmen dat TAF het polisblad uitsluitend per e-mail naar de eerste verzekeringnemer stuurt.

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum:       -      -          

Handtekening verzekeringnemer: \_\_\_\_\_ Handtekening mede-verzekeringnemer: \_\_\_\_\_

Handtekening eerste verzekerde: \_\_\_\_\_ Handtekening tweede verzekerde: \_\_\_\_\_

Handtekening premiebetalers: \_\_\_\_\_ Handtekening tussenpersoon: \_\_\_\_\_

(indien ander persoon dan verzekeringnemer(s))

Bij premiesplitsing handtekening(en) van premieplichtige(n) voor overlijdensrisicodeel:

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.





# Gezondheidsverklaring

## Overlijdensrisicoverzekering

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. Meer weten over hoe de medische beoordeling in zijn werk gaat? Ga naar de pagina 'Overlijdensrisico' op [www.taf.nl](http://www.taf.nl) en kijk onder het kopje 'Medische beoordeling'.

### 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 Levensverzekering

Op [www.taf.nl/gezondheidsverklaring](http://www.taf.nl/gezondheidsverklaring) 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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gegevens eerste verzekerde

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



# Gezondheidsverklaring eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Risicovragen voor de eerste 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? \_\_\_\_\_



# Gezondheidsverklaring eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Vervolg risicovragen voor de eerste 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:

---



# Gezondheidsverklaring eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gezondheidsvragen eerste 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, alvleesklier.  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.

#### Vragen over kanker

Heeft u kanker gehad en bent u daarvan genezen? Dan hoeft u niet altijd te melden dat u kanker had.

#### Wanneer hoeft u niet te melden dat u kanker heeft gehad?

Heeft u kanker gehad en heeft de arts die u behandelde vastgesteld dat de kanker niet meer gevonden is? Dan hoeft u in sommige gevallen niet op de gezondheidsverklaring te melden dat u die kanker had. U hoeft niet te melden dat u deze kanker had als is voldaan aan elk van de volgende drie voorwaarden:

1. Is het verzekerde bedrag lager dan de vragengrens? De vragengrens van dit moment leest u op: [www.vanatotzekerheid.nl/begrippen/medische-keuring](http://www.vanatotzekerheid.nl/begrippen/medische-keuring).
2. Bij de aanvraag van een overlijdensrisicoverzekering: stopt de verzekering voordat u 71 jaar wordt? Bij de aanvraag van een uitvaartverzekering: vraagt u de verzekering aan voordat u 60 jaar wordt?
3. Heeft de arts die u behandelde 10 jaar of langer geleden vastgesteld dat de kanker niet meer gevonden is? Dat wordt ook wel 'volledige remissie' genoemd. En is de kanker niet meer teruggekomen? Soms geldt een kortere termijn dan 10 jaar. U leest in de bijlage 'Types kanker' wanneer dit het geval is.

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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?  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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?  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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?

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 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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 vóórdat 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](http://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](http://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](http://www.taf.nl).

Plaats:

Datum: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Handtekening eerste verzekerde:

---

# Vragenlijst COVID-19 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering



### Algemeen

De informatie die u op dit formulier verstrekt, helpt bij het beoordelen van uw verzekeringsaanvraag.

- Het is belangrijk om het formulier te ondertekenen en te dateren nadat u alle vragen heeft ingevuld.
- Eventuele onjuistheden of misleidende informatie in deze vragenlijst kan uw dekking beïnvloeden en ertoe leiden dat een toekomstige claim niet wordt betaald.

### Gegevens verzekerde

Aanvraagnummer: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

### Medische vragen

a. Bent u momenteel in het buitenland of bent u van plan om naar het buitenland te gaan?

Nee  Ja

Naar welke landen / gebieden / steden bent u van plan te gaan?

Van wanneer tot wanneer bent u van plan te gaan (exacte datum)?

van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Wat is de reden van uw bezoek?

Bent u van plan te reizen bij een negatief reisadvies?

Nee  Ja

b. Bent u in de laatste 3 weken in quarantaine of zelf-isolatie gegaan?

Nee  Ja

Van wanneer tot wanneer heeft u in quarantaine/zelf-isolatie gezeten (exacte datum)?

van: \_\_\_\_\_ tot: \_\_\_\_\_

Wordt u binnenkort getest, zo ja wanneer (exacte datum)?

\_\_\_\_\_

c. Bent u positief getest op COVID-19? Zo ja, wanneer (exacte datum)?

Nee  Ja \_\_\_\_\_

d. Bent u opgenomen (geweest) in het ziekenhuis in verband met COVID-19 infectie of een vermoeden daarvan?

Nee  Ja

Wanneer heeft u in het ziekenhuis gelegen (gehele periode)?

van: \_\_\_\_\_ tot: \_\_\_\_\_

Welke behandeling heeft u ontvangen en tot wanneer?

\_\_\_\_\_ tot: \_\_\_\_\_

Op welke afdeling heeft u gelegen?

e. Heeft u op dit moment, of in de afgelopen 4 weken, last (gehad) van een of meerdere van de genoemde klachten: een zere keel, hoesten, loopneus, vermoeidheid, benauwdheid, druk op de borst, koorts, griepverschijnselen, overgeven, diarree, verminderde smaak of reuk?  Nee  Ja

Welke klachten heeft u precies gehad?

# Vragenlijst COVID-19 eerste verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering



Van wanneer tot wanneer heeft u deze klachten gehad (exacte datum)?

van: l \_ l \_ l - l \_ l \_ l - l \_ l \_ l \_ l \_ l tot: l \_ l \_ l - l \_ l \_ l - l \_ l \_ l \_ l \_ l

Bent u of wordt u hiervoor binnenkort getest?

Nee  Ja

f. Bent u gevaccineerd tegen COVID-19?

Nee  Ja

Zo ja, wanneer en welke vaccinaties?

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

Vaccinatie:

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

Vaccinatie:

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

Vaccinatie:

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

Vaccinatie:

Aldus naar waarheid opgemaakt, ingevuld en ondertekend

Plaats:

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

Handtekening verzekerde:

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.



# Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gegevens tweede verzekerde (indien van toepassing)

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



# Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Risicovragen voor de tweede 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?



# Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Vervolg risicovragen voor de tweede 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:

---



# Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

### Gezondheidsvragen tweede verzekerde

1. Voorletter(s) tweede 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, alveeslier.  Nee  Ja\*

g. Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.  Nee  Ja\*

h. Vermoedingsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.  Nee  Ja\*

i. Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.

#### Vragen over kanker

Heeft u kanker gehad en bent u daarvan genezen? Dan hoeft u niet altijd te melden dat u kanker had.

#### Wanneer hoeft u niet te melden dat u kanker heeft gehad?

Heeft u kanker gehad en heeft de arts die u behandelde vastgesteld dat de kanker niet meer gevonden is? Dan hoeft u in sommige gevallen niet op de gezondheidsverklaring te melden dat u die kanker had. U hoeft niet te melden dat u deze kanker had als is voldaan aan elk van de volgende drie voorwaarden:

1. Is het verzekerde bedrag lager dan de vragengrens? De vragengrens van dit moment leest u op: [www.vanatotzekerheid.nl/begrippen/medische-keuring](http://www.vanatotzekerheid.nl/begrippen/medische-keuring).
  2. Bij de aanvraag van een overlijdensrisicoverzekering: stopt de verzekering voordat u 71 jaar wordt? Bij de aanvraag van een uitvaartverzekering: vraagt u de verzekering aan voordat u 60 jaar wordt?
  3. Heeft de arts die u behandelde 10 jaar of langer geleden vastgesteld dat de kanker niet meer gevonden is? Dat wordt ook wel 'volledige remissie' genoemd. En is de kanker niet meer teruggekomen? Soms geldt een kortere termijn dan 10 jaar. U leest in de bijlage 'Types kanker' wanneer dit het geval is.
- 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 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?

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 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?  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 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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?

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 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering

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](http://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](http://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](http://www.taf.nl).

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum:          |          |                              

Handtekening tweede verzekerde: \_\_\_\_\_

---

# Vragenlijst COVID-19 tweede verzekerde

## Overlijdensrisicoverzekering



### Algemeen

De informatie die u op dit formulier verstrekt, helpt bij het beoordelen van uw verzekeringsaanvraag.

- Het is belangrijk om het formulier te ondertekenen en te dateren nadat u alle vragen heeft ingevuld.
- Eventuele onjuistheden of misleidende informatie in deze vragenlijst kan uw dekking beïnvloeden en ertoe leiden dat een toekomstige claim niet wordt betaald.

### Gegevens verzekerde

Aanvraagnummer:

Voorletters:

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geboortedatum:

### Medische vragen

a. Bent u momenteel in het buitenland of bent u van plan om naar het buitenland te gaan?

Nee  Ja

Naar welke landen / gebieden / steden bent u van plan te gaan?

Van wanneer tot wanneer bent u van plan te gaan (exacte datum)?

van -- tot --

Wat is de reden van uw bezoek?

Bent u van plan te reizen bij een negatief reisadvies?

Nee  Ja

b. Bent u in de laatste 3 weken in quarantaine of zelf-isolatie gegaan?

Nee  Ja

Van wanneer tot wanneer heeft u in quarantaine/zelf-isolatie gezeten (exacte datum)?

van: -- tot: --

Wordt u binnenkort getest, zo ja wanneer (exacte datum)?

--

c. Bent u positief getest op COVID-19? Zo ja, wanneer (exacte datum)?

Nee  Ja

--

d. Bent u opgenomen (geweest) in het ziekenhuis in verband met COVID-19 infectie of een vermoeden daarvan?

Nee  Ja

Wanneer heeft u in het ziekenhuis gelegen (gehele periode)?

van: -- tot: --

Welke behandeling heeft u ontvangen en tot wanneer?

tot: --

Op welke afdeling heeft u gelegen?

e. Heeft u op dit moment, of in de afgelopen 4 weken, last (gehad) van een of meerdere van de genoemde klachten: een zere keel, hoesten, loopneus, vermoeidheid, benauwdheid, druk op de borst, koorts, griepverschijnselen, overgeven, diarree, verminderde smaak of reuk?  Nee  Ja

Welke klachten heeft u precies gehad?

# Vragenlijst COVID-19 tweede verzekerde Overlijdensrisicoverzekering



Van wanneer tot wanneer heeft u deze klachten gehad (exacte datum)?

van: -- tot: --

Bent u of wordt u hiervoor binnenkort getest?

Nee  Ja

f. Bent u gevaccineerd tegen COVID-19?

Nee  Ja

Zo ja, wanneer en welke vaccinaties?

Datum: --

Vaccinatie: \_\_\_\_\_

Datum: --

Vaccinatie: \_\_\_\_\_

Datum: --

Vaccinatie: \_\_\_\_\_

Datum: --

Vaccinatie: \_\_\_\_\_

Aldus naar waarheid opgemaakt, ingevuld en ondertekend

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: --

Handtekening verzekerde: \_\_\_\_\_

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.



# Types kanker

## TAF Overlijdensrisicoverzekering

eenvoudig transparant

Vorm	Stadium of TNM-indeling	U kreeg de diagnose toen u 20 jaar of jonger was	U kreeg de diagnose toen u 21 jaar of ouder was, maar vóórdat u 45 werd
Schildklierkanker Hürthle-cel-, folliculaire en papillaire kanker, inclusief mengvormen daarvan	T1N0M0 of T2N0M0 of T3N0M0	3 jaar	3 jaar
	T1N1M0 of T2N1M0 of T3N1M0	5 jaar	6 jaar

Vorm	Stadium of TNM-indeling	U kreeg de diagnose toen u 20 jaar of jonger was	U kreeg de diagnose toen u 21 jaar of ouder was
Melanoom	Stadium 1	5 jaar	7 jaar
Zaadbalkanker Seminoom, tumormarkers negatief	Stadium 1	5 jaar	5 jaar
	Stadium 2A of stadium 2B	5 jaar	6 jaar
	Stadium 2C	5 jaar	8 jaar
Zaadbalkanker Non-seminoom, tumormarkers negatief	Stadium 1 of stadium 2A	5 jaar	6 jaar
	Stadium 2B of stadium 2C	5 jaar	8 jaar
Baarmoederhalskanker	FIGO-stadium 1A1	3 jaar	3 jaar
	FIGO-stadium 1A2	5 jaar	5 jaar
	FIGO-stadium 1B	5 jaar	7 jaar
Vaginakanker	FIGO-stadium 1	5 jaar	8 jaar
Kanker aan dikke darm en endeldarm Adenocarcinoom	T1N0M0 of T2N0M0	5 jaar	9 jaar
Maagkanker	Stadium 1A	5 jaar	8 jaar
Alle andere vormen van kanker die hierboven niet zijn genoemd		5 jaar	10 jaar