



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 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 aandad 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 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 vóóordat 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

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.
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?

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 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 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 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, alveeskliezer. 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.
 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? 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 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?

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