



EENVOUDIG TRANSPARANT

GEZONDHEIDSVERKLARING TAF PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

GEGEVENS TUSSENPERSOON

Tussenpersoon nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoon: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

GEGEVENS VERZEKERDE

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail: _____

Geboortedatum: |_|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

Geslacht:

man

vrouw

Nationaliteit: _____

BSN / Sofinummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Beroep: _____

Bruto jaarinkomen (incl. vakantiegeld, toeslagen,
emolumenten en andere variabele beloningen):

< € 18.000,-

€ 18.000,- - € 30.000,-

€ 30.000,- - € 45.000,-

€ 45.000,- - € 60.000,-

> € 60.000,-

LET OP:

Bent u gehuwd, samenwonend
of geregistreerd partner,
vul dan hier het inkomen van de
hoofdkostwinner in.

Heeft u een huurhuis of een eigen woning?

huurhuis

eigen woning

GEZONDHEIDSVERKLARING

TAF PERSONAL

OVERLIJDENSRISICOVERZEKERING

RISICOVRAGEN VERZEKERDE

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

Nee Ja

Welke activiteit? _____

Hoe vaak per jaar? _____

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

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

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

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee Ja

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

Aantal glazen wijn (175 ml per glas) per week: _____

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

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee Ja

Wanneer? _____

Door wie? _____

Waarom? _____

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

Wat rookt(e) u? _____

Hoeveel rookt(e) u per dag? _____

Rookt u nog steeds? Ja Nee

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

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

Nee Ja

Welke drugs gebruikt(e) u? _____

Gebruikt u nog steeds drugs? Ja Nee

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

GEZONDHEIDSVERKLARING

TAF PERSONAL

OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

EENVOUDIG TRANSPARANT

10. Hebt u gedurende de laatste vijf jaar een huisarts, specialist of andere medisch geneeskundige geraadpleegd? Verkoudheden, griep, kleine verwondingen en routine zwangerschapsconsultaties kunnen buiten beschouwing worden gelaten. Nee Ja *)
-
11. Hebt u momenteel, of hebt u gedurende de laatste vijf jaar, medicijnen, raadpleging, therapie of enige andere vorm van behandeling voorgeschreven gekregen? Voorbehoedsmiddelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten. Nee Ja *)
-
12. Is uw bloed weleens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis), HIV, of bent u in afwachting van een dergelijke test of de resultaten ervan?
- Nee Ja *)
- Waarom wordt/werd uw bloed onderzocht? _____
- Waarop wordt/werd uw bloed onderzocht? _____
- Wanneer vindt/vond dit onderzoek plaats? |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|
- Wat is/was het resultaat? _____
-
13. Lijdt u aan of heeft u geleden aan één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?
- U bent verplicht 'nee' of 'ja' aan te kruisen.
- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| - ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, bronchitis, borstkasklachten, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, langdurig hoesten of allergie | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - artritis, gewrichtsklachten of bloedstoornis | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - goed- of kwaadaardige zwelling(en) of tumor(en), kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte of bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verhoogde cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten of hormoonafwijkingen | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, spijsverteringskanaal, lever, galblaas of alveesklier | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - oor- of oogstoornis | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verhoogde bloeddruk, hartconditie, beklemming of pijn op de borstkast of hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen of geslachtsorganen | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout of psychiatrische stoornis | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, multiple sclerose, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias of RSI | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose of embolie | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - ziekte, aandoening en/of gebrek (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën vallen | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |

*) Wanneer u 'ja' heeft geantwoord op één van deze vragen, vul dan op de volgende pagina de tien vragen per ziekte of toestand in.

Er is ruimte voor maximaal twee ziektes. Hebt u vaker dan twee keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

GEZONDHEIDSVERKLARING TAF PERSONAL OVERLIJDENSRISICOVERZEKERING

Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: _____

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden. _____

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee Ja

Laatste controle: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Vervolgcontrole: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern Opgenomen

Datum opname: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

9. Welke delen van het lichaam zijn of waren aangetast? _____

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Handtekening verzekerde:

Details: _____

GEZONDHEIDSVERKLARING TAF PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING



EENVOUDIG TRANSPARANT

Ziekte/toestand 2

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: _____

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden. _____

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee Ja

Laatste controle: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Vervolgcontrole: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern Opgenomen

Datum opname: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

9. Welke delen van het lichaam zijn of waren aangetast? _____

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Handtekening verzekerde:

Details: _____

GEZONDHEIDSVERKLARING TAF PERSONAL OVERLIJDENS RISICOVERZEKERING



EENVOUDIG TRANSPARANT

SLOTVERKLARINGEN EN ONDERTEKENING

Door ondertekening van deze gezondheidsverklaring verklaren verzekeringnemer en verzekerde tevens dat:

- a) Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- b) Zich ervan bewust te zijn dat verzekeraar het recht heeft het contract te annuleren en betaling van bepaalde uitkeringen te weigeren wanneer de verstrekte informatie onjuist en/of onvolledig is.
- c) Bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en aanvaard.
- d) Bekend is dat de koopsom of premie kan verschillen als verzekerde tijdens de behandeling van deze aanvraag een jaar ouder is geworden.
- e) Bekend is dat verzekeraar werkt volgens gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen'. Dit betekent onder andere dat toestemming wordt verleend aan verzekeraar alle gegevens te delen met andere partijen en andere maatschappijen voor zover dit nodig is ten behoeve van het beoordelen en accepteren van risico's, het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten én het afwikkelen van het betalingsverkeer.
- f) 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 verzekeringnemer tot 30 dagen ná ontvangst van de polis de mogelijkheid heeft zonder opgaaft van reden de polis terug te sturen naar TAF B.V.
- g) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.
- h) Zij zich bewust zijn van de bepalingen in deze gezondheidsverklaring en deze aanvaarden als onderdeel van de contractuele overeenkomst.

Plaats:

Datum: | | | | - | | | | - | | | | |

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening verzekerde:
