



EENVOUDIG TRANSPARANT

AANVRAAGFORMULIER TAF LEVEN OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING

Is deze aanvraag reeds ingegeven op onze website TAF Live?

Ja, s.v.p. polisnummer invullen: _____ Nee

GEGEVENS TUSSENPERSOON

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

Naam: _____

Adres: _____

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

Telefoon: _____

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Achternaam: _____

Voorna(a)m(en): _____

Adres: _____

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

Telefoonnummer: _____

Mobiel nummer: _____

E-mail: _____

Nationaliteit: _____

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

Geslacht man vrouw

Bank- / girorekening: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Beroep: _____

Werk situatie loondienst zelfstandig

Nieuw adres

Adres: _____

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

Datum verhuizing naar nieuwe adres: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Legitimatie

De tussenpersoon heeft de identiteit van de verzekeringnemer vastgesteld aan de hand van onderstaande legitimatie.

Soort legitimatie geldig paspoort geldig Nederlands rijbewijs geldige Europese identiteitskaart

Gegevens legitimatie:

Nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Datum afgifte: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Plaats afgifte: _____

GEGEVENS PREMIEBETALER (ALLEEN INVULLEN INDIEN PREMIEBETALER EEN ANDER IS DAN VERZEKERINGNEMER)

Achternaam: _____

Voorna(a)m(en): _____

Adres: _____

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

 Geboortedatum: |_|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_| Geslacht man vrouw

Bank- / girorekening: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| BSN / Sofinummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Legitimatie

De tussenpersoon heeft de identiteit van de premiebetalder vastgesteld aan de hand van onderstaande legitimatie.

 Soort legitimatie: geldig paspoort geldig Nederlands rijbewijs geldige Europese identiteitskaart

Gegevens legitimatie: Nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Datum afgifte: |_|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

Plaats afgifte: _____

BEGUNSTIGING

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

HYPOTHEEK
 De rechten uit deze verzekering worden verpand aan: _____

Naam geldverstrekker: _____

Adres: _____

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

Offerte / leningnummer: _____

TAF LEVEN

OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

PREMIESPLITSING IN VERBAND MET SUCCESSIERECHT

Premiesplitsing i.v.m. successierecht toepassen: nee ja

Premieplichtige voor het overlijdensrisicodeel op het leven van de (eerste) verzekerde:

Naam: _____

Voorna(a)m(en): _____

Geboortedatum: |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_| Geslacht man vrouw

Premieplichtige voor het overlijdensrisicodeel op het leven van de tweede verzekerde:

Naam: _____

Voorna(a)m(en): _____

Geboortedatum: |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_| Geslacht man vrouw

TE VERZEKEREN KAPITAAL, LOOPTIJD, PREMIE EN BETALINGSWIJZE

Te verzekeren kapitaal € _____ gelijkblijvend lineair dalend

eerste verzekerde annuïtair dalend: 4% 5% 6% 7% 8%

Te verzekeren kapitaal € _____ gelijkblijvend lineair dalend

tweede verzekerde annuïtair dalend: 4% 5% 6% 7% 8%

Ingangsdatum verzekering |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_| gelijk aan passeerdatum

Looptijd verzekering _____ jaar (min. 5 jaar, max. 35 jaar)

Aanvangsstorting € _____ éénmalig

Premie € _____ per maand * per jaar *

Koopsom € _____ éénmalig

Koopsom, aanvangsstorting looninkomsten inkomsten uit winst investeringen

of premie is afkomstig van verzekeringsuitkeringen erfenis of gift

anders, namelijk: _____

*) Machtiging automatische incasso

Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt de verzekeringnemer/mede-verzekeringnemer/premiebetaler de administrateur TAF B.V. voor het automatisch afschrijven van de bovenvermelde maandelijks of jaarlijks te incasseren premie van zijn/haar bank- of girorekening. Indien bij koopsombetaling of aanvangsstorting gekozen wordt voor betaling via automatische incasso is deze machtiging ook geldig om de te betalen koopsom of aanvangsstorting automatisch te incasseren. Deze doorlopende machtiging geldt tot de einddatum van deze verzekering of tot wederopzegging. Om deze machtiging te wijzigen, dient u de administrateur daarvan schriftelijk op de hoogte te stellen.

Koopsombetaling of notaris

aanvangsstorting geschiedt via naam notariskantoor: _____ plaats: _____

automatische incasso

incassodatum: _____ - _____ rekeningnummer: _____

overmaking op rekening 66.87.69.157 t.n.v. TAF B.V. onder vermelding van 'TAF Leven', achternaam en geboortedatum van de verzekeringnemer.

acceptgiro (wordt verstuurd naar premiebetaler)

SLOTVERKLARINGEN EN ONDERTEKENING AANVRAAGFORMULIER

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Als de verzekeraar de aanvraag heeft goedgekeurd kunt u direct met de uitvoering van de verzekering beginnen. Als de verzekering door de verzekeraar is geaccepteerd en ik toch de verschuldigde premie niet (tijdig) betaal, betaal ik € 80,- voor de gemaakte kosten.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, mede-verzekeringnemer, verzekerde(n) en premiebeter 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 afwickelen van het betalingsverkeer.
- f) Ik/wij, verzekerde(n), aan verzekeraar toestemming verle(e)n(en) om na mijn/onze dood contact op te nemen met alle artsen, ziekenhuizen, andere medische instellingen en behandelingscentra, andere verzekeraars en verzorgend personeel om navraag te doen betreffende de status van mijn/onze gezondheid op het moment van het begin van het contract. Ook verle(e)n(en) ik/wij toestemming de artsen te contacteren en ondervragen die de doodsoorzaak bepalen, de artsen die mij/ons gedurende de jaren vóór mijn/ons overlijden zullen onderzoeken en behandelen, alsook de autoriteiten en sociale-verzekeringsdragers, betreffende eventuele ziektes die tot de dood hebben geleid én de doodsoorzaken. Hiervoor onthef(fen) ik/wij alle mensen die hiervoor worden gecontacteerd en ondervraagd van hun plicht tot vertrouwelijkheid, zelfs na mijn/ons overlijden.
- g) Bekend is dat 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 verzekeringnemer en mede-verzekeringnemer tot 30 dagen ná ontvangst van de polis de mogelijkheid heeft/hebben zonder opgaaft van reden de polis terug te sturen naar TAF B.V.
- h) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.
- i) Zij zich bewust zijn van de bepalingen in dit aanvraagformulier en deze aanvaarden als onderdeel van de contractuele overeenkomst.

TAF LEVEN OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING

Plaats: _____

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

Handtekening verzekeringnemer: _____

Handtekening mede-verzekeringnemer: _____

Handtekening eerste verzekerde: _____

Handtekening tweede verzekerde: _____

Handtekening premiebetalder: _____

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

VERKLARING TUSSENPERSOON

De tussenpersoon verklaart de verzekeringnemer, de mede-verzekeringnemer en premiebetalder geïdentificeerd te hebben en dat de gegevens, ingevuld op dit aanvraagformulier, overeenkomen met het origineel. De tussenpersoon verklaart tevens dat de handtekeningen op dit aanvraagformulier echt zijn.

De tussenpersoon verklaart ook dat hem geen feiten en/of omstandigheden bekend zijn op grond waarvan de aangevraagde verzekering niet zou kunnen worden geaccepteerd.

Handtekening tussenpersoon: _____

Alleen in te vullen door de tussenpersoon, indien noodzakelijk:

TPKK verwerken in aanvraag: Ja Nee

Maand- of jaarpremie: %

Koopsom of aanvangsstorting: %

Is het percentage al meegenomen op pagina 4? Ja Nee

RISICOVRAGEN VOOR DE EERSTE 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? Of bent u van plan dit in de toekomst te gaan doen?

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee Ja

Hoeveel alcohol drinkt u per week in ml (milliliters)? _____

(500 ml bier van gewone sterkte (tot 4,5%) = 2 eenheden; 35 ml whisky, cognac of andere sterke drank =

1,5 eenheid; 175 ml wijn (tot 12%) = 2 eenheden)

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee Ja

Wanneer? _____

Door wie? _____

Waarom? _____

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

Vanaf welk jaar? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|

Tot wanneer? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|

ik rook nog steeds

Wat rookt u? _____

Hoeveel rookt(e) u per dag? _____

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

Nee Ja

Vanaf welk jaar? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|

Tot wanneer? |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|

ik gebruik nog steeds drugs

Welke drugs gebruikt(e) u? _____

TAF LEVEN OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

GEZONDHEIDSVERKLARING EERSTE VERZEKERDE

De volgende vragen ten aanzien van de gezondheid van de (kandidaat-)verzekerde dienen door de (kandidaat-)verzekerde te worden ingevuld. Hebt u vragen, dan kunt u contact opnemen met uw verzekeringsadviseur of TAF B.V. We benadrukken dat alle vragen volledig en naar waarheid moeten worden ingevuld, ook al eerder vermelde informatie moet opnieuw worden vermeld. Het onjuist of onvolledig invullen van de gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst of vertraging van de behandeling van uw aanvraag. Twijfelt u of een bepaald feit de acceptatie door ons kan beïnvloeden, dan moet u dit melden. U bent verder verplicht veranderingen in uw gezondheid na de invulling van de gezondheidsverklaring en tot de definitieve acceptatie aan de verzekeraar door te geven. U hebt geen bezwaar tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de TAF Leven overlijdensrisicoverzekering. Zie voor meer informatie ook de toelichting gezondheidsverklaring op pagina 19.

1. Wie is uw huisarts? Naam: _____
Adres: _____
Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

3. Bent u ooit positief bevonden voor HIV, Hepatitis B of C, of bent u in afwachting van de resultaten van een dergelijke test? Nee Ja

4. Bent u gedurende de laatste vijf jaar blootgesteld aan risico op een HIV-infectie? Bijvoorbeeld door onveilige seks, intraveneus drugsmisbruik, een bloedtransfusie of ingreep uitgevoerd buiten de EU. Nee Ja

5. Bent u gedurende de laatste vijf jaar positief bevonden of behandeld voor enige seksueel overdraagbare ziekte(n)? Nee Ja

6. Heeft u een ouder of broer of zus die jonger dan 65 is en lijdt aan een hartkwaal, beroerte, nieraandoening, hoge bloeddruk, kanker, suikerziekte, multiple sclerose of een andere erfelijke ziekte zoals de ziekte van Huntington, of daaraan is overleden? Nee Ja

	In leven:		Overleden:	
	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Op leeftijd	Oorzaak
Vader				
Moeder				
Broers				
Zussen				

7. Bent u ooit afgewezen (dekking geweigerd), extra belast of heeft u extra niet-standaard voorwaarden aangeboden gekregen voor een verzekering op uw leven door een maatschappij?

Nee Ja

Waarom? _____

Wanneer? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Maatschappij: _____

8. 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 *)

9. 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 *)

10. Lijdt u aan of heeft u last gehad van:

- astma, bronchitis of borstkastklachten Nee Ja *)
- artritis, gewrichtsklachten of bloedstrooming Nee Ja *)
- rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen Nee Ja *)
- kanker, gezwellen, tumor, blaasgezwel of gezwollen klieren Nee Ja *)
- verhoogde cholesterol Nee Ja *)
- diabetes of stoornis van de schildklier Nee Ja *)
- spijsverterings- of darmstoornis Nee Ja *)
- oor- of oogstoornis Nee Ja *)
- hartconditie, pijn op de borstkast of hartkloppingen Nee Ja *)
- nier-, blaas-, urine- of leverstoornis Nee Ja *)
- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis Nee Ja *)
- verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie Nee Ja *)
- verlamming of multiple sclerose Nee 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 drie ziektes. Hebt u vaker dan drie keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

TAF LEVEN

OVERLIJDENS-RISICOVERZEKERING

Ziekte/toestand 1

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

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

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details: _____

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details: _____

Ziekte/toestand 2

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

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

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details:

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: | | | | - | | | | - | | | | | |

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details:

Ziekte/toestand 3

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

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: | | | | - | | | | - | | | | | |

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details:

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: | | | | - | | | | - | | | | | |

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details:

TAF LEVEN OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

MEDISCHE MACHTIGING

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur toestemming om, indien nodig, aanvullende gegevens op te vragen bij de behandelend arts. Het verstrekken van deze machtiging versnelt het afgeven van het advies van de geneeskundig adviseur aan TAF B.V. over het accepteren van de TAF Leven overlijdensrisicoverzekering.

Achternaam: _____ Voorletter(s): _____

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

geeft hierbij toestemming aan de geneeskundige adviseur van Quantum Leven en TAF B.V.

Deze machtiging geldt uitsluitend voor de acceptatie van deze aanvraag.

Huisarts

Naam: _____ Woonplaats: _____

Specialist

Naam: _____ Woonplaats: _____

Plaats: _____ Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Handtekening eerste verzekerde:

RISICOVRAGEN VOOR DE TWEDE 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? Of bent u van plan dit in de toekomst te gaan doen?

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee Ja

Hoeveel alcohol drinkt u per week in ml (milliliters)? _____

(500 ml bier van gewone sterkte (tot 4,5%) = 2 eenheden; 35 ml whisky, cognac of andere sterke drank =

1,5 eenheid; 175 ml wijn (tot 12%) = 2 eenheden)

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee Ja

Wanneer? _____

Door wie? _____

Waarom? _____

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

Vanaf welk jaar? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Tot wanneer? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

ik rook nog steeds

Wat rookt u? _____

Hoeveel rookt(e) u per dag? _____

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

Nee Ja

Vanaf welk jaar? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

Tot wanneer? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

ik gebruik nog steeds drugs

Welke drugs gebruikt(e) u? _____

TAF LEVEN OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

GEZONDHEIDSVERKLARING TWEDE VERZEKERDE

De volgende vragen ten aanzien van de gezondheid van de (kandidaat-)verzekerde dienen door de (kandidaat-)verzekerde te worden ingevuld. Hebt u vragen, dan kunt u contact opnemen met uw verzekeringsadviseur of TAF B.V. We benadrukken dat alle vragen volledig en naar waarheid moeten worden ingevuld, ook al eerder vermelde informatie moet opnieuw worden vermeld. Het onjuist of onvolledig invullen van de gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst of vertraging van de behandeling van uw aanvraag. Twijfelt u of een bepaald feit de acceptatie door ons kan beïnvloeden, dan moet u dit melden. U bent verder verplicht veranderingen in uw gezondheid na de invulling van de gezondheidsverklaring en tot de definitieve acceptatie aan de verzekeraar door te geven. U hebt geen bezwaar tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de TAF Leven overlijdensrisicoverzekering. Zie voor meer informatie ook de toelichting gezondheidsverklaring op pagina 19.

1. Wie is uw huisarts? Naam: _____
Adres: _____
Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

3. Bent u ooit positief bevonden voor HIV, Hepatitis B of C, of bent u in afwachting van de resultaten van een dergelijke test? Nee Ja

4. Bent u gedurende de laatste vijf jaar blootgesteld aan risico op een HIV-infectie? Bijvoorbeeld door onveilige seks, intraveneus drugsmisbruik, een bloedtransfusie of ingreep uitgevoerd buiten de EU. Nee Ja

5. Bent u gedurende de laatste vijf jaar positief bevonden of behandeld voor enige seksueel overdraagbare ziekte(n)? Nee Ja

6. Heeft u een ouder of broer of zus die jonger dan 65 is en lijdt aan een hartkwaal, beroerte, nieraandoening, hoge bloeddruk, kanker, suikerziekte, multiple sclerose of een andere erfelijke ziekte zoals de ziekte van Huntington, of daaraan is overleden? Nee Ja

	In leven:		Overleden:	
	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Op leeftijd	Oorzaak
Vader				
Moeder				
Broers				
Zussen				

7. Bent u ooit afgewezen (dekking geweigerd), extra belast of heeft u extra niet-standaard voorwaarden aangeboden gekregen voor een verzekering op uw leven door een maatschappij?

Nee Ja

Waarom? _____

Wanneer? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Maatschappij: _____

8. 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 *)

9. 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 *)

10. Lijdt u aan of heeft u last gehad van:

- astma, bronchitis of borstkastklachten Nee Ja *)
- artritis, gewrichtsklachten of bloedstrooming Nee Ja *)
- rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen Nee Ja *)
- kanker, gezwellen, tumor, blaasgezwel of gezwollen klieren Nee Ja *)
- verhoogde cholesterol Nee Ja *)
- diabetes of stoornis van de schildklier Nee Ja *)
- spijsverterings- of darmstoornis Nee Ja *)
- oor- of oogstoornis Nee Ja *)
- hartconditie, pijn op de borstkast of hartkloppingen Nee Ja *)
- nier-, blaas-, urine- of leverstoornis Nee Ja *)
- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis Nee Ja *)
- verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie Nee Ja *)
- verlamming of multiple sclerose Nee 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 drie ziektes. Hebt u vaker dan drie keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

TAF LEVEN

OVERLIJDENSRISICOVERZEKERING

Ziekte/toestand 1

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

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

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details: _____

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details: _____

Ziekte/toestand 2

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

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

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details:

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details:

Ziekte/toestand 3

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

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

6. Welke behandeling is of was vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden of dieet.

Details:

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 stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details:

TAF LEVEN OVERLIJDENSRISICOVERZEKERING

MEDISCHE MACTHIGING

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur toestemming om, indien nodig, aanvullende gegevens op te vragen bij de behandelend arts. Het verstrekken van deze machtiging versnelt het afgeven van het advies van de geneeskundig adviseur aan TAF B.V. over het accepteren van de TAF Leven overlijdensrisicoverzekering.

Achternaam: _____ Voorletter(s): _____

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

geeft hierbij toestemming aan de geneeskundige adviseur van Quantum Leben en TAF B.V.

Deze machtiging geldt uitsluitend voor de acceptatie van deze aanvraag.

Huisarts

Naam: _____ Woonplaats: _____

Specialist

Naam: _____ Woonplaats: _____

Plaats: _____ Datum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Handtekening tweede verzekerde:

BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens en eventuele nadere gegevens gevraagd. Deze worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de relaties die daaruit voortvloeien. Dit is nodig ter ondersteuning van de bedrijfsvoering en de fraudebestrijding en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Op dit alles is de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen' van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het Informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338777.

AUTORITEIT FINANCIËLE MARKTEN (AFM)

Quantum Leben (verzekeraar) en TAF B.V. (administrateur) zijn bij de Autoriteit Financiële Markten ingeschreven in het overzicht (register) van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

TOELICHTING GEZONDHEIDSVERKLARING

Doel van de gezondheidsverklaring

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal. Het doel van de gezondheidsverklaring is de geneeskundig adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te adviseren of en onder welke voorwaarden de aangevraagde verzekering door de verzekeraar kan worden geaccepteerd. Daarom moet u naast de gegevens t.b.v. de aanvraag ook medische gegevens verstrekken. De geneeskundig adviseur geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan TAF B.V. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur de verzekeraar adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren. Met nadruk wijzen wij u erop dat door de (kandidaat-)verzekerde alle vragen volledig moeten worden beantwoord. Ook bij een eerdere gelegenheid verstrekte informatie moet weer opnieuw worden vermeld. Zodra één van de gestelde vragen met 'ja' is beantwoord, dan beoordeelt de geneeskundig adviseur het overlijdensrisico ook aan de hand van de antwoorden op de tien vervolgvragen die dan beantwoord moeten worden.

Meer gegevens

Om een goed advies te kunnen opstellen, kan het zijn dat de geneeskundig adviseur meer over uw gezondheid wil weten dan wat u aan gegevens verstrekt, zoals aanvullende informatie van uw behandelend arts. Let op: wordt u om extra medische informatie gevraagd, dan hoeft u die niet te geven als u dat niet wilt. Maar dan kan de verzekeraar afzien van acceptatie.

Vertrouwelijk

Medische gegevens zijn vertrouwelijk. Daarom worden uw medische gegevens, samen met eventuele andere medische stukken in een afzonderlijk archief in een medisch dossier bewaard. Uw medisch dossier is in principe alleen voor de geneeskundig adviseur toegankelijk. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. In wet- en regelgeving is vastgelegd wat wel en niet mag met medische gegevens van een verzekerde. Die bepalingen zijn uitgewerkt in onder andere de Gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen' en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Daaraan moeten verzekeraars en geneeskundig adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon 070-3338777 of via de website: www.verzekeraars.nl

Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop de verzekeraar laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Daarvoor zijn twee redenen. De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan de verzekeraar.

De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan maakt u zich schuldig aan verzwijging. U loopt dan de kans dat u geen uitkering en/of premievrijstelling krijgt als het erop aan komt. U heeft dan voor niets premie betaald. Zodra de verzekeraar u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden. Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd. Let op: de verzekeraar kan u ook laten weten dat u voorlopig bent geaccepteerd. Ook dan bent u verplicht veranderingen in uw gezondheid door te geven.

AANVRAAGFORMULIER TAF LEVEN

Medisch advies

U heeft het recht als eerste te horen hoe het advies van de geneeskundig adviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij het aanvraagformulier een briefje mee te sturen aan de geneeskundig adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen. U kunt de geneeskundig adviseur vervolgens verzoeken de verzekeraar niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Bijvoorbeeld als er in staat dat er een hogere premie en/of strengere voorwaarden moet/moeten worden vastgesteld. Het zal duidelijk zijn dat in dat geval geen verzekering mogelijk is. Anders gezegd: zonder advies – geen verzekering. Stuur u het (ingevulde en ondertekende) aanvraagformulier (inclusief gezondheidsverklaring) in, dan gaat de verzekeraar ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens.

Spoed

Raadpleging van een arts neemt over het algemeen twee tot drie weken in beslag. Is de verzekering sneller nodig, bijvoorbeeld in verband met het passeren van een hypotheekakte of het opzeggen van een verzekering elders, dan leert de ervaring dat wanneer u contact opneemt met de desbetreffende arts, de informatieverstrekking kan worden bespoedigd.



EENVOUDIG TRANSPARANT