

Gezondheidsverklaring

TAF LEVEN Personal

overlijdensrisicoverzekering

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer: 162665

Naam: Financieel Adviescentrum Nederland FACN

Adres: Antwoordnummer 897

Postcode / woonplaats: 7300 WB Apeldoorn

Telefoon: 0900 – 446 0 446 (lokaal tarief)

Email: info@facn.nl

Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s): Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Gegevens verzekerde

Voorletter(s): Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Telefoon:

E-mail:

Geboortedatum:

Geslacht: () man () vrouw

Nationaliteit:

BSN / Sofinummer:

Beroep:

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

Heeft u een huurhuis of een eigen woning?

() Huurhuis

() Eigen woning



TAF B.V.
Noordzee 10c, 3144 DB Maassluis
Postbus 110, 3140 AC Maassluis
Telefoon 010-599 33 55 Fax 010-599 33 56
E-mail info@taf.nl Internet :www.taf.nl

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?

Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Bent u van plan, **buiten de vakanties om**, in het buitenland op reis geweest, 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? | | | | - | | | | - | | | | | | | | | |



TAF B.V.
Noordzee 10c, 3144 DB Maassluis
Postbus 110, 3140 AC Maassluis
Telefoon 010-599 33 55 Fax 010-599 33 56
E-mail info@taf.nl Internet :www.taf.nl

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 Personal overlijdensrisicoverzekering.

1. Voorletter(s) eerste verzekerde: VZ1voorletters Achternaam: VZ1achternaam

2. Wat is uw lengte en gewicht? cm kg

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

4. Wie is uw specialist? Naam: _____
Ziekenhuis: _____
Plaats: _____

5. Medische machtiging

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur van Quantum en TAF B.V. 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 Personal overlijdensrisicoverzekering.

6. 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 *

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

8. 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, dan onderstaande tabel invullen voor familieleden die **jonger zijn dan 65 jaar**

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

9. 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: _____



TAF B.V.
Noordzee 10c, 3144 DB Maassluis
Postbus 110, 3140 AC Maassluis
Telefoon 010-599 33 55 Fax 010-599 33 56
E-mail info@taf.nl Internet :www.taf.nl

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 () Nee () Ja *
 - aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, bronchitis, borstkasklachten, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, langdurig hoesten of allergie () Nee () Ja *
 - artritis, gewrichtsklachten of bloedstroom () Nee () Ja *
 - rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen () Nee () Ja *
 - goed- of kwaadaardige zwelling(en) of tumor(en), kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte of bloedarmoede () Nee () Ja *
 - verhoogde cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten of hormoonafwijkingen () Nee () Ja *
 - aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, spijsverteringskanaal, lever, galblaas of alveesklier () Nee () Ja *
 - oor- of oogstoornis () Nee () Ja *
 - verhoogde bloeddruk, hartconditie, beklemming of pijn op de borstkast of hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten () Nee () Ja *
 - aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen of geslachtsorganen () Nee () Ja *
 - zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout of psychiatrische stoornis () Nee () Ja *
 - verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie () Nee () 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 () Nee () Ja *
 - huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose of embolie () Nee () Ja *
 - neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen () Nee () Ja *
 - ziekte, aandoening en/of gebrek (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën vallen () Nee () Ja *

Plaats: _____

Datum: | | - | | - | | |

Handtekening eerste verzekerde:

*) 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.



TAF B.V.
 Noordzee 10c, 3144 DB Maassluis
 Postbus 110, 3140 AC Maassluis
 Telefoon 010-599 33 55 Fax 010-599 33 56
 E-mail info@taf.nl Internet :www.taf.nl

EENVOUDIG TRANSPARANT

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? () Nee () Ja
Heeft u nog klachten? () Nee () Ja

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
Details: _____

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? () Nee () Ja
Heeft u nog klachten? () Nee () Ja

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
Details: _____
