



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

Is de premie hoger dan € 1.000,- per jaar? Vergeet u dan niet een kopie van uw geldig legitimatiebewijs mee te sturen, voorzien van een bedrijfsstempel, handtekening, datum en “origineel gezien” door uw verzekeringsadviseur.



eenvoudig transparant



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer:

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Gegevens verzekerde

Voorletter(s): Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Mobiele telefoonnummer:

Geboortedatum: Geslacht: Man Vrouw

BSN/Sofinummer:

Nationaliteit:

IBAN rekeningnummer:



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Gegevens verzekeringnemer (alleen invullen indien verzekeringnemer een ander is dan verzekerde)

Voorletter(s):	Tussenvoegsel:
Achternaam:	
Adres:	
Postcode/Woonplaats:	l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l
Telefoonnummer:	l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l E-mail*:
Mobiele telefoonnummer:	l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l
Geboortedatum:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN/Sofinummer:	l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l
Nationaliteit:	
IBAN rekeningnummer:	l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l

* Het is belangrijk dat u het juiste e-mailadres van verzekerde/verzekeringnemer invult, om te voorkomen dat er gevoelige informatie van verzekerde/verzekeringnemer bij de verkeerde persoon terecht komt (datalek).

Geldig legitimatiebewijs meesturen

Let op: indien de totale premie (omgerekend per jaar) meer dan € 1.000,- bedraagt, dient de verzekeringnemer een kopie van zijn/haar geldig legitimatiebewijs mee te sturen met dit formulier. De tussenpersoon dient deze kopie te voorzien van een bedrijfsstempel, handtekening, datum en "origineel gezien". Op deze manier verklaart de tussenpersoon dat het een kopie is van het originele identificatiedocument.

Belangrijk voor een snelle afhandeling van uw aanvraag

Vorkom vertraging en check of u de volgende gegevens heeft ingevuld of aangeleverd:

- Volledige gegevens van de verzekeringnemer, inclusief BSN en IBAN rekeningnummer;
- Alle verzekeringskenmerken;
- De vragen in dit formulier over het strafrechtelijk verleden;
- Een door de verzekeringsadviseur gewaarmerkte kopie van het geldig legitimatiebewijs van de verzekeringnemer, als de premie meer dan € 1.000,- per jaar is;
- Volledig ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring (indien dekking Ernstige Ziekte);
- Handtekeningen op het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring en de pagina over het meerjarig contract (pagina 8);

Uw aanvraag per e-mail indienen

U kunt aanvragen per e-mail bij ons indienen. Maakt u van het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring(en) en het kopie ID bewijs elk afzonderlijk een duidelijk leesbare scan. U mailt alle gescande documenten in één mailbericht naar info@facn.nl onder vermelding van 'Aanvraag + productnaam'.

Per post stuurt u het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier naar FACN Uddelerveen 94 3888 MN Uddel.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Verzekeringskenmerken (Let op: deze verzekering is bestemd voor zelfstandig ondernemers)

Wachttijd:	<input type="checkbox"/> 30 dagen	<input type="checkbox"/> 60 dagen	<input type="checkbox"/> 90 dagen
	<input type="checkbox"/> 180 dagen	<input type="checkbox"/> 365 dagen	
Uitkeringsduur bij AO ¹⁾ :	<input type="checkbox"/> 24 maanden	<input type="checkbox"/> 60 maanden	<input type="checkbox"/> 120 maanden
	<input type="checkbox"/> Tot einde looptijd		
Ernstige ziekten meeverzekeren ²⁾ :	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Roker:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Beroep ³⁾ :			
Percentage werkzaamheden op kantoor:	%		
Ingangsdatum verzekering:	_ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _		
Einddatum verzekering:	_ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ (looptijd maanden)		
Te verzekeren maandbedrag AO ⁴⁾ :	€	(minimaal € 500,- en maximaal € 2.500,- per maand)	

¹⁾ AO = arbeidsongeschiktheid

²⁾ Ernstige ziekten die onder de dekking van de verzekering vallen zijn beschreven in de polisvoorwaarden IPT BG 09-2017. U dient er rekening mee te houden dat er geen dekking bestaat indien een van de ernstige ziekten zich openbaart of de klachten van een van de ernstige ziekten aanvangen gedurende de eerste 30 dagen na de ingangsdatum.

³⁾ Voor sommige beroepen is het niet mogelijk deze verzekering af te sluiten. Voor andere beroepen geldt dat een ongeval gedurende de uitoefening van het beroep uitgesloten is van dekking. Voor de zwaardere beroepen is de maximale eindleeftijd 62 of 65 in plaats van 67. Voor een overzicht van de uitgesloten beroepen en beroepen met een beperking gaat u naar www.taf.nl/beroepenlijst.

⁴⁾ Het verzekerd bedrag is maximaal uw aantoonbare vaste maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor niet aantoonbare lasten. Indien u een bestaande verzekering heeft voor het risico van arbeidsongeschiktheid die u niet beëindigt dan dient u het verzekerd bedrag in mindering te brengen op het maximaal verzekerd bedrag van deze verzekering.

Verzekeringskosten

<input type="checkbox"/> Eenmalige poliskosten:	€ 30,-		
<input type="checkbox"/> Premie (exclusief poliskosten):	€	<input type="checkbox"/> per maand	<input type="checkbox"/> per jaar
Maand- of jaarpremie is afkomstig uit*:	<input type="checkbox"/> Inkomsten uit onderneming	<input type="checkbox"/> Verzekeringsuitkeringen	
	<input type="checkbox"/> Inkomsten uit winst investeringen	<input type="checkbox"/> Erfenis of gift	
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		

* Let op! Dit moet aangegeven worden voor acceptatie door de verzekeraar.

Belasting

U kunt de premie standaard in aftrek brengen op uw inkomen in Box 1. Een eventuele periodieke uitkering wordt dan te zijner tijd belast in Box 1. Indien u dit niet wenst, gelieve hier aan te kruisen.

Nee, ik wil mijn polis niet in aftrek brengen op mijn inkomen in Box 1.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Betaalwijze

De premie dient te worden betaald via automatische incasso.

Doorlopende SEPA-incassomachtiging

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

- TAF (incassant) om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om de verzekeringspremie van uw rekening af te schrijven, en
- Uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig de opdracht van TAF (incassant).

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Incassant ID: NL80ZZZ280818690000

Kenmerk machtiging: TAF<polisnummer>

Deze doorlopende incassomachtiging geldt tot de einddatum van de verzekering of tot wederopzegging.

Om de machtiging te wijzigen, stuurt u een schriftelijk, ondertekend verzoek naar TAF. TAF behoudt zich het recht voor incasso- en/of rechtsmaatregelen te treffen bij het in gebreke blijven van betaling door de verzekeringnemer(s)/premiebetaler.

Maandelijkse lasten

Hoe hoog zijn uw huidige vaste aantoonbare maandelijkse lasten

vermeerderd met € 750,- aan persoonlijke niet aantoonbare maandelijkse lasten?* €

* Het verzekerd maandbedrag is maximaal uw vaste aantoonbare maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke niet aan te tonen maandlasten.

Lopende verzekeringen

Heeft u lopende verzekeringen, bij TAF of andere verzekeringsmaatschappijen, waarbij het risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd?

Nee Ja

Maatschappij:

Verzekerd jaarbedrag: €

Gaat u deze polis opzeggen? Nee** Ja, wanneer? - -

** Indien u een bestaande verzekering heeft voor het risico van arbeidsongeschiktheid die u niet beëindigt, dient u het verzekerd bedrag in mindering te brengen op het maximaal verzekerd bedrag van deze verzekering.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Strafrechtelijk verleden

Bent u, of een andere belanghebbende bij deze verzekering in de laatste 8 jaar in aanraking geweest met politie of justitie voor het (mede) plegen van een strafbaar feit*? Of bent u op dit moment betrokken bij een justitieel onderzoek?

Nee Zo ja, kruis onder aan wat het gevolg is geweest en geef aan in welk jaartal dit was:

Veroordeling door de rechter of strafbeschikking/transactie van de Officier van Justitie (bijv. gevangenisstraf, geldboete, taakstraf), in het jaar l__l__l__l__l

Seponering (het Openbaar Ministerie ziet af van vervolging), in het jaar l__l__l__l__l

Ontslag van rechtsvervolging (de rechter is van mening dat het ten laste gelegde feit wel bewezen is, maar dat u niet veroordeeld wordt), in het jaar l__l__l__l__l

Vrijspraak, in het jaar l__l__l__l__l

Lopend justitieel onderzoek (u bent gedagvaard), in het jaar l__l__l__l__l

Zijn er evt. (straf)maatregelen opgelegd en in welke periode zijn deze ten uitvoer gelegd?

Om welk strafbaar feit* ging dit?

* Onder strafbare feiten vallen niet alleen misdrijven, maar ook overtredingen.

Medische beoordeling en acceptatie

Wij kijken ook naar uw gezondheid. Daarvoor vult u de gezondheidsverklaring in die u achter dit aanvraagformulier vindt. De gezondheidsverklaring vormt samen met het aanvraagformulier één geheel. Samen zijn ze de basis voor de medische acceptatie.

Wat kunt u verwachten van de medische beoordeling?

De gezondheidsverklaring wordt beoordeeld door een onafhankelijk medisch adviseur. Het kan zijn dat de medisch adviseur aanvullende informatie nodig heeft naar aanleiding van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring. De medisch adviseur neemt dan contact met u op.

Wanneer ontvangt u reactie als u uw aanvraag en gezondheidsverklaring heeft verstuurd?

Wij streven ernaar uw aanvraag binnen 48 uur na ontvangst te verwerken. Uw verzekeringsadviseur krijgt van ons een ontvangstbevestiging als dat gebeurd is. Wij informeren uw verzekeringsadviseur ook als er informatie ontbreekt, als wij aanvullende vragen hebben of als er aanvullende medische informatie nodig is.



Aanvraagformulier

TAF BasisGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:

- a) Alle in het formulier gestelde vragen naar waarheid zijn beantwoord.
- b) Mij bekend is dat op grond van de polisvoorwaarden het niet is toegestaan om meerdere polissen voor het risico van arbeidsongeschiktheid af te sluiten bij dezelfde verzekeraar. Indien ik meerdere polissen heb afgesloten, kan ik een eventuele claim slechts op 1 polis indienen. Ik ben me bewust van het feit dat de overige polissen op dat moment worden geroyeerd zonder het recht op teruggaaf van de premie.
- c) Mij bekend is dat ik als zelfstandige tenminste 16 uur per week en voor tenminste 4 weken aaneengesloten betaald en actief deel dien te nemen aan het arbeidsproces om recht te hebben op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
- d) 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.
- e) Mij bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat de verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.
- f) Mij bekend is dat de 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.
- g) 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 de verzekeringsovereenkomst.
- h) Ik ermee akkoord ga dat TAF mijn persoonsgegevens verwerkt voor de beoordeling van de aanvraag.
- i) Mij bekend is dat ik het recht heb 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 opgave van reden de polis terug te sturen naar TAF BV.
- j) Mij bekend is dat correspondentie met betrekking tot deze verzekering via de tussenpersoon verloopt.
- k) Ik de polisvoorwaarden, IPT BG 09-2017 heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd. De van toepassing zijnde polisvoorwaarden zijn te vinden op www.taf.nl/polisvoorwaarden.
- l) Mij bekend is dat sommige gebeurtenissen gevolgen kunnen hebben voor mijn verzekering, zoals wijziging van mijn beroep of werkzaamheden. Ik geef deze wijzigingen altijd direct door aan TAF.
- m) Ik me ervan bewust ben dat de verzekering een beperkte dekking biedt waardoor niet alle oorzaken van arbeidsongeschiktheid, waaronder psychische klachten, leiden tot uitkering van de verzekering.
- n) Mij bekend is dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval tijdens de uitoefening van een gevaarlijk beroep niet kan leiden tot uitkering van de verzekering. Met een clause op het polisblad wordt deze beperking, indien van toepassing, opgenomen op het polisblad.

Plaats:

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

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde:

Handtekening tussenpersoon:

Tussenpersoon verklaart dat hij de identiteit van de bij de verzekering betrokken personen heeft vastgesteld en geverifieerd volgens de Wwft.

TAF stuurt u uw polisblad per e-mail toe. Dat bespaart tijd, geld en papier. Wilt u het polisblad toch per post ontvangen, geeft u dat dan hieronder aan.

Ik ontvang het polisblad liever per post.



Toelichting gezondheidsverklaring

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Het AOV advies van een goede financieel adviseur moet voldoen aan de Wet op het financieel toezicht (Wft). Uw adviseur zal daarom, voordat hij zijn advies geeft, ook vragen stellen over uw financiële positie, risicobereidheid, doelstellingen en kennis en ervaring. Verstrek altijd deze informatie aan uw adviseur. Ook zal uw adviseur uitleggen waarom deze informatie belangrijk is en wat dit betekent voor zijn advies aan u. U kunt hier ook naar vragen. Dit aanvraagformulier is niet bedoeld voor het doorgeven van de hier bovengenoemde informatie aan uw adviseur. Uw adviseur gebruikt hiervoor een ander formulier of doet dit via internet.

U krijgt een gezondheidsverklaring

U vraagt een arbeidsongeschiktheidsverzekering aan met de dekking Ernstige Ziekten. 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. In de “Medische beoordeling bij acceptatie TAF BasisGezekerd AOV” op www.taf.nl leest u hoe de medische beoordeling precies in zijn werk gaat.

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 Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Op www.taf.nl 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 arbeidsongeschiktheid;

Noem al uw klachten. Oók 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 vóórdad 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 verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Gegevens verzekerde

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



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

De onderstaande gezondheidsvragen hoeft u alleen te beantwoorden als de dekking "Ernstige ziekten" wordt meeverzekerd. Indien u alleen arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval verzekerd dan kunt u onderstaande gezondheidsvragen overslaan en doorgaan naar de slotverklaring en ondertekening op de laatste pagina.

Gezondheidsvragen

1. Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8? Of heeft u die vroeger gedragen?

Nee Ja

Zo ja, sterkte links: _____ sterkte rechts: _____

2. Heeft u door ziekte of ongeval de laatste vijf jaar twee weken of langer niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt? Nee Ja

Zo ja, hoelang heeft u niet gewerkt?

Waarom heeft u niet gewerkt?

Wanneer heeft u niet gewerkt:

van |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| tot |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Werkt u nu wel? Nee Ja

3. Werkt u nu volledig? Nee Ja

Zo nee, komt dit door een klacht, ziekte, gebrek of aandoening? Nee Ja

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



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Vervolg gezondheidsvragen

5. 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, stress of stressgerelateerde klachten. 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, alveesklieer. 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. Nee Ja*
- j. Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI).
U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad. Nee Ja*
- k. Aandoening, ziekte of klachten van de huid, spataderen, open been, fistels, trombose. Nee Ja*
- l. Aandoening, ziekte, of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis). Nee Ja*
- m. Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen. Nee Ja*

Heeft u hierboven een aandoening, ziekte, klacht of gebrek aangekruist? Vul dan de volgende vraag in.

n. Kon of kunt u onderdelen van uw werk niet doen? En komt dit door de aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek die u hierboven aankruiste?

Nee Ja

Welk onderdeel van uw werk kon/kunt u niet meer doen?

Sinds wanneer? - -

Is dit nog steeds zo? 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 verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 1

Bij welke letter bij vraag 5 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 2

Bij welke letter bij vraag 5 van de gezondheidsvragen kruiste u ja aan?

Welke aandoening, ziekte, gebrek, of klacht heeft u? Of heeft u gehad?

Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?

van ____-____-____ tot ____-____-____

A. Huisarts

Heeft u hierover in de laatste drie jaar met een huisarts gesproken?

Nee Ja

Zo ja, wanneer was dat? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

B. Arts of hulpverlener

Bent u hiervoor bij een arts of hulpverlener geweest? (bijvoorbeeld: een medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie of acupunctuur) Nee Ja

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Wat is zijn specialisme?

Wanneer ging u naar hem toe? ____-____-____

Staat u nog onder controle? Nee Ja

Heeft u nog klachten? Nee Ja

C. Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven? Nee Ja

Zo ja, welke medicijnen zijn dit?

Zo ja, hoe heet de arts of hulpverlener?

Gebruikt u deze nog?

Ja, in de volgende dosering:

Nee, ik ben gestopt op: ____-____-____

D. Ziekenhuisopname

Bent u opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting, andere verpleeginrichting?

Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u opgenomen? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

Bent u geopereerd? Nee Ja

Zo ja, wanneer bent u geopereerd? ____-____-____

In welk ziekenhuis?

Welke arts heeft u behandeld? Nee Ja

E. Blijvende gevolgen na een ongeval

Is uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht het gevolg van een ongeval? Nee Ja

Zo ja, wanneer gebeurde dit ongeval? ____-____-____

Wat zijn de medische gevolgen?



Gezondheidsverklaring verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 3

Bij welke letter bij vraag 5 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 verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Ziekte of aandoening 4

Bij welke letter bij vraag 5 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 verzekerde

TAF BasisGezekerd AOV

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 verzekerde: _____

Opslaan