



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd AOV voor ondernemers

Als zelfstandig ondernemer bent u gewend aan het nemen van risico's. Maar liever niet als het over uw gezondheid gaat. De TAF GoedGezekerd AOV is de betaalbare arbeidsongeschiktheidsverzekering die u voor korte of langere tijd een vangnet biedt als u arbeidsongeschikt raakt. Met ruime keuzemogelijkheden voor onder meer uitkeringsduur, wachttijd en uitkeringsgrens. U bepaalt wat het beste bij u past, u heeft de touwtjes in handen. Uw verzekeringsadviseur helpt u met het invullen van het aanvraagformulier. Acceptatie vindt plaats op basis van het aanvraagformulier, dat een gezondheidsverklaring bevat, en eventueel een telefonisch consult. De verzekering gaat in nadat de verzekeraar uw aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.



eenvoudig transparant



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer: E-mail: _____



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd 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	<input type="checkbox"/> 730 dagen			
Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid:	<input type="checkbox"/> 24 maanden	<input type="checkbox"/> 60 maanden				
	<input type="checkbox"/> 120 maanden	<input type="checkbox"/> Tot einde looptijd				
Claimbeoordeling na het 1ste jaar van arbeidsongeschiktheid:	<input type="checkbox"/> Beroepsarbeid ¹⁾	<input type="checkbox"/> Passende arbeid				
Uitkeringsgrens:	<input type="checkbox"/> 25% of meer	<input type="checkbox"/> 35% of meer	<input type="checkbox"/> 45% of meer			
	<input type="checkbox"/> 55% of meer	<input type="checkbox"/> 65% of meer	<input type="checkbox"/> 80% of meer			
Psychische klachten meeverzekeren ²⁾ :	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja				
Beroep:						
Beroepsklasse:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
Ingangsdatum verzekering:	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l (altijd 1e van de maand)					
Einddatum verzekering ³⁾ :	l _ l _ l - l _ l _ l - l _ l _ l _ l _ l (looptijd maanden)					
Te verzekeren maandbedrag: €	(minimaal € 100,- en maximaal € 5.000,- per maand)					
Indexatie:	<input type="checkbox"/> Geen					
	<input type="checkbox"/> Verzekerd maandbedrag, premie en uitkering					
	<input type="checkbox"/> Alleen uitkering					
Indexatiepercentage:	<input type="checkbox"/> 0,5%	<input type="checkbox"/> 1%	<input type="checkbox"/> 1,5%	<input type="checkbox"/> 2%	<input type="checkbox"/> 2,5%	<input type="checkbox"/> 3%

¹⁾ Voor sommige beroepen is beroepsarbeid niet mogelijk. U vindt dit terug op de beroepenlijst. De lijst vindt u op www.taf.nl.

²⁾ Indien de vraag inzake het psychisch verleden op de gezondheidsverklaring met ja wordt beantwoord, is het niet mogelijk psychische klachten mee te verzekeren.

³⁾ Maximaal 67-jarige leeftijd of tot de AOW gerechtigde leeftijd. Vul dan de 1e dag van de maand in waarin de verzekerde de 70-jarige leeftijd bereikt. Voor sommige beroepen geldt een maximale eindleeftijd van 60 jaar. U vindt dit terug op de beroepenlijst.



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Verzekeringskosten

Bij het afsluiten van deze verzekering wordt € 30,- aan eenmalige poliskosten in rekening gebracht.

Premie: €	<input type="checkbox"/> Maandpremie	<input type="checkbox"/> Jaarpremie
Korting:	<input type="checkbox"/> Starterskorting (jaar 1: 20%)	<input type="checkbox"/> Doorlopende korting
Tarief:	<input type="checkbox"/> Standaard	<input type="checkbox"/> Combinatie tarief

Belasting

U kunt de premie 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.

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.



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Inkomen en lasten

Hoeveel bedraagt uw gemiddeld jaarinkomen* over de voorgaande 3 kalenderjaren?	€
Hoe hoog zijn uw huidige vaste aantoonbare maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- aan persoonlijke niet aantoonbare maandelijkse lasten?*	€

* Onder gemiddeld jaarinkomen wordt verstaan uw bruto inkomen uit arbeid en/of (het aandeel in) winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.

** Het verzekerd maandbedrag is maximaal uw vaste aantoonbare maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke niet aan te tonen maandlasten. Indien het verzekerd bedrag bij aanvang van de verzekering € 2.500,- of meer bedraagt dan geldt dat het verzekerd maandbedrag ook niet meer bedraagt dan 85% van uw gemiddelde inkomen over de voorgaande 3 kalenderjaren. Om de hoogte van de vaste lasten te bepalen, kunt u gebruik maken van het 'Inventarisatieformulier vaste lasten TAF GoedGezekerd AOV'. U vindt dit formulier op www.taf.nl.

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?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, wanneer? <u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u>

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:

<input type="checkbox"/> Veroordeling door de rechter of strafbeschikking/transactie van de Officier van Justitie (bijv. gevangenisstraf, geldboete, taakstraf), in het jaar <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<input type="checkbox"/> Seponering (het Openbaar Ministerie ziet af van vervolging), in het jaar <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<input type="checkbox"/> 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 <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<input type="checkbox"/> Vrijspraak, in het jaar <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<input type="checkbox"/> Lopend justitieel onderzoek (u bent gedagvaard), in het jaar <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>

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.



Aanvraagformulier

TAF GoedGezekerd AOV voor ondernemers

eenvoudig transparant

Medische beoordeling en acceptatie

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, kijken wij 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. Eventueel vindt er ook nog een telefonisch consult plaats.

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 GoedGezekerd 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 af te sluiten. 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, QL GG 06-2020 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 of van mijn inkomen. Ik geef deze wijzigingen altijd direct door aan TAF.

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 GoedGezekerd AOV

eenvoudig transparant

U krijgt een gezondheidsverklaring

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 vraagt een arbeidsongeschiktheidsverzekering aan, of een levensverzekering die ook arbeidsongeschiktheid dekt. 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 GoedGezekerd 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 aan dat 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;
- 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 vóórdat 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 GoedGezekerd 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 GoedGezekerd AOV

eenvoudig transparant

Vervolg risicovragen

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. Vanaf welke leeftijd rookt(e) u?

d. Rookt u nog steeds? Nee Ja

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

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

Nee Ja

a. Vanaf welke leeftijd gebruikt(e) u drugs?

b. Welke drugs gebruikt(e) u?

c. 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 verzekerde

TAF GoedGezekerd AOV

eenvoudig transparant

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 GoedGezekerd 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 GoedGezekerd 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 GoedGezekerd 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? 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 GoedGezekerd 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? 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 GoedGezekerd 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? 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 GoedGezekerd 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

Uiteindelijk belanghebbende (UBO) verklaring

Waarom dit formulier?

Verzekeraars en andere partijen betrokken bij een verzekering moeten onder andere voldoen aan: de wet- en regelgeving op het gebied van financieel toezicht, de Wet ter voorkoming van witwassen en financieren van terrorisme, de Wet op het financieel toezicht en de sanctiewet- en regelgeving. Daarom zijn wij verplicht vóór het sluiten van een verzekering een cliëntenonderzoek uit te voeren. Bij uitkering aan een eventueel derde begunstigde (niet zijnde verzekeringnemer) wordt bovengenoemd onderzoek ook ten aanzien van deze derde begunstigde uitgevoerd. Zonder cliëntenonderzoek kunnen wij uw aanvraag niet verder in behandeling nemen c.q. kunnen wij niet tot enige uitkering overgaan. Onderdeel hiervan is het bepalen van de uiteindelijk belanghebbende (oftewel: Ultimate Beneficial Owner, afgekort tot 'UBO') en deze te toetsen aan de sanctielijsten. Wij vragen u daarom dringend dit formulier zo spoedig mogelijk in te vullen.

Wie zijn uw UBO's?

Is uw organisatie een rechtspersoon, zoals bijvoorbeeld een vereniging, stichting, coöperatie, onderlinge waarborgmaatschappij, NV, BV of vergelijkbare buitenlandse rechtsvorm, dan is uw UBO:

- de natuurlijke persoon die een direct of indirect belang heeft van 25% of meer in het kapitaal van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die direct of indirect 25% of meer van de stemrechten in de algemene vergadering van uw organisatie kan uitoefenen en/of
- de natuurlijke persoon die begunstigde is van 25% of meer van het vermogen van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die bijzondere zeggenschap heeft over 25% of meer van het vermogen van uw organisatie. Hiermee wordt bedoeld dat de persoon een bijzonder zeggenschapsrecht heeft dat is vastgelegd in bijvoorbeeld de statuten en/of
- de natuurlijke persoon die feitelijke zeggenschap(*) heeft over uw organisatie.
- Let op: wanneer de aandelen van uw organisatie in handen gegeven zijn van een Stichting Administratiekantoor is het mogelijk dat de certificaathouders hiervan zich op basis van bovenstaande criteria kwalificeren als UBO.

Is uw organisatie een eenmanszaak of personenvennootschap, zoals bijvoorbeeld een vof, cv of maatschap, of een vergelijkbare buitenlandse rechtsvorm, dan is uw UBO:

- de natuurlijke persoon die bij ontbinding van uw organisatie recht heeft op 25% of meer van de ontbonden gemeenschap en/of
- de natuurlijke persoon die recht heeft op 25% of meer van de winsten van uw organisatie en/of
- de natuurlijke persoon die 25% of meer van de stemrechten kan uitoefenen als bij besluitvorming binnen uw organisatie een meerderheid van stemmen is vereist en/of
- de natuurlijke persoon die de *feitelijke zeggenschap*(*) heeft over uw organisatie.

(*) van *feitelijk zeggenschap* over een rechtspersoon of personenvennootschap is sprake als een natuurlijke persoon:

- (i) de meerderheid van een toezichthoudend, leidinggevend of bestuurlijk orgaan kan benoemen of ontslaan,
- (ii) de zeggenschap heeft over de meerderheid van de stemrechten,
- (iii) op andere wijze een overheersende invloed heeft op de organisatie of
- (iv) het recht heeft om over (een deel van) het vermogen van de organisatie te beschikken.

Let op: er dient altijd minimaal 1 persoon te zijn met feitelijke zeggenschap

Gegevens van uw organisatie

Registratiesoort

Registratienummer

Statutaire naam (indien rechtspersoon)

Naam volgens Kamer van Koophandel (indien personenvennootschap)

Adres

UBO formulier ID

UBO percentage 25 %

Vragenlijst

De volgende vragen dienen beantwoord te worden om erachter te komen wie de UBO's van uw organisatie zijn. Indien u een of meerdere vragen met Ja beantwoord kunt u de gegevens van deze natuurlijke personen op de volgende pagina invullen. Bij twijfel ook graag de gegevens van de mogelijke UBO's invullen op de volgende pagina. **Let op: Er kunnen meerdere UBO's zijn.**

1. Zijn er natuurlijke personen die 25% of meer van de aandelen van de rechtspersoon rechtstreeks of via een andere rechtspersoon in bezit hebben?

Ja

Nee

2. Zijn er natuurlijke personen die recht hebben op of bijzondere zeggenschap hebben over 25% of meer van het vermogen van de organisatie?

Ja

Nee

3. Zijn er natuurlijke personen die recht hebben op een aandeel van 25% of meer in de winsten van de organisatie?

Ja

Nee

4. Zijn er natuurlijke personen die 25% of meer van de stemrechten kunnen uitoefenen in de algemene vergadering van de organisatie?

Ja

Nee

Naast de personen die zich op basis van vraag 1 t/m 4 als UBO kwalificeren zijn ook personen met feitelijke zeggenschap * UBO. Hierbij kan in ieder geval gedacht worden aan bestuurders en/of tekeningsbevoegde functionarissen.

- Heeft u vraag **1** met **Ja** beantwoord, vul dan op de volgende pagina de gegevens van alle UBO('s) in met per UBO het **% Aandeel**.
- Heeft u vraag **2, 3, of 4** met **Ja** beantwoord, vul dan op de volgende pagina de gegevens van alle UBO('s) in en vink **Zeggenschap** aan. Daarnaast vult u hier ook de personen in met **feitelijke zeggenschap***. Let op: er is altijd minimaal 1 persoon te zijn met feitelijke zeggenschap*.
- Indien één UBO zowel een **% Aandeel** als **Zeggenschap** heeft, geef dan a.u.b. beiden aan.
- Indien er naar uw mening geen UBO aan te wijzen is, dan verzoeken wij u hier de gegevens te vermelden van de natuurlijke personen die namens uw organisatie bevoegd zijn bestuursbesluiten te nemen en te tekenen.

Per UBO zijn alle velden behalve Tussenvoegsel(s) verplicht en 1 van de velden % Aandeel of Zeggenschap

Gegevens UBO 1

Voornamen	Woonadres
Tussenvoegsel(s)	
Achternaam	Postcode
Geslacht	Woonplaats
Geboren op	Land
Geboorteplaats	
Geboorteland	Nationaliteit
% Aandeel en/of Zeggenschap	

Gegevens UBO 2

Voornamen	Woonadres
Tussenvoegsel(s)	
Achternaam	Postcode
Geslacht	Woonplaats
Geboren op	Land
Geboorteplaats	
Geboorteland	Nationaliteit
% Aandeel en/of Zeggenschap	

Gegevens UBO 3

Voornamen	Woonadres
-----------	-----------

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Postcode

Geslacht

Woonplaats

Geboren op

Land

Geboorteplaats

Geboorteland

Nationaliteit

% Aandeel en/of Zeggenschap

Gegevens UBO 4

Voornamen

Woonadres

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Postcode

Geslacht

Woonplaats

Geboren op

Land

Geboorteplaats

Geboorteland

Nationaliteit

% Aandeel en/of Zeggenschap

Privacy

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Algemene verordening gegevensbescherming van toepassing. De met dit formulier verkregen gegevens worden verwerkt in het kader van het cliëntenonderzoek dat verzekeraars en andere partijen die betrokken zijn bij een verzekering uitvoeren om te voldoen aan de Customer Due Diligence (CDD) verplichtingen die voortvloeien uit de Wet op het financieel toezicht en de sanctiewet- en regelgeving. Verder worden de gegevens verwerkt ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen en voor statistische analyses. De gegevens kunnen worden verwerkt door derden om financiële dienstverleners in staat te stellen (cliënten)onderzoeken uit te voeren. De verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens die met dit UBO-formulier zijn verkregen, is de juridische entiteit die is genoemd in de communicatie aan u waarvan dit UBO-formulier onderdeel is.

Disclaimer

Ondertekening van dit formulier staat los van de verzekeringsovereenkomst. Een verzekeringsovereenkomst komt eerst tot stand na schriftelijke acceptatie van het aangeboden risico door de verzekeraar(s).

Sanctiebepaling

De verzekeraar is niet gehouden om dekking of schadeloosstelling te bieden krachtens een verzekering, indien dit een inbreuk zou vormen op sanctiewet- en regelgeving uit hoofde waarvan het verzekeraars verboden is om dekking te bieden of schadeloosstelling uit te keren.

Ondertekening

Ondergetekende(n), alleen dan wel samen bevoegd om namens de organisatie te tekenen en deze te binden, verklaart/verklaren dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.



Met deze ondertekening stemt u ermee in dat u de organisatie van wie u dit formulier heeft ontvangen zo spoedig mogelijk informeert indien:

- er wijzigingen hebben plaatsgevonden die betrekking hebben op de UBO's van uw organisatie. Denk hierbij aan de situatie dat uw organisatie een nieuwe UBO erbij krijgt, indien de gegevens van de bestaande UBO's van uw organisatie wijzigen of indien bestaande UBO's van uw organisatie niet langer als UBO aangemerkt kunnen worden.

Ondertekenaar 1

Ondertekenaar 2

Naam ondertekenaar

Naam ondertekenaar

Functie

Functie

Datum

Plaats

Datum

Plaats

Handtekening

Handtekening