



Aanvraagformulier

TAF Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

De TAF Maandlastbeschermer is bestemd voor mensen in loondienst met een eigen huis. Met de TAF Maandlastbeschermer verzekert u uw belangrijkste vaste maandlasten voor het geval u arbeidsongeschikt wordt door ziekte of een ongeval, of uw baan kwijtraakt. Uw verzekeringsadviseur (tussenpersoon) helpt u met het invullen van dit aanvraagformulier. Naast uw persoonlijke gegevens geeft u in het aanvraagformulier uw keuzes aan voor onder andere het verzekerd bedrag, de looptijd van de verzekering, de duur van de uitkering en de wijze waarop u de premie betaalt. De verzekering gaat in nadat de verzekeraar uw aanvraag heeft beoordeeld en geaccepteerd.



eenvoudig transparant



Aanvraagformulier

TAF Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

eenvoudig transparant

Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoon nummer:

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer: E-mail:

Verzekeraar

Verzekeraar: iptiQ Quantum Leben

Belangrijk voor een snelle afhandeling van uw aanvraag

Voorkom 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 Verklaring werkloosheid op pagina 5, als er voor werkloosheidsdekking is gekozen;
- De toelichting bij werkloosheidsdekking door de werkgever, indien deze plannen voor een reorganisatie bekend heeft gemaakt. Deze toelichting vindt u achter het aanvraagformulier;
- De vragen in dit formulier over het strafrechtelijk verleden;
- Een 'Verklaring maandelijkse woonlasten' als het verzekerd maandbedrag € 1.000,- of hoger is. U vindt deze verklaring op www.taf.nl;
- Volledig ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring;
- 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 Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

eenvoudig transparant

Gegevens verzekeringnemer/verzekerde

Voorletter(s):	Tussenvoegsel:
Achternaam:	
Adres:	
Postcode/Woonplaats:	_____
Telefoonnummer:	_____ E-mail*:
Mobiele telefoonnummer:	_____
Geboortedatum:	____-____-____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN/Sofinummer:	_____
Nationaliteit:	
IBAN rekeningnummer:	_____
Nieuw adres (bij verhuizing):	
Postcode/Woonplaats:	_____
Datum verhuizing:	____-____-____

* 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).

Verzekeringskenmerken (Let op: deze verzekering is bestemd voor werknemers in loondienst)

Arbeidsongeschiktheid (AO)

Wachttijd AO:	<input type="checkbox"/> 180 dagen <input type="checkbox"/> 365 dagen <input type="checkbox"/> 730 dagen
Uitkeringsduur bij AO:	<input type="checkbox"/> 2 jaar <input type="checkbox"/> 5 jaar <input type="checkbox"/> 10 jaar <input type="checkbox"/> Einde looptijd
Claimbeoordeling na 2 jaar:	<input type="checkbox"/> Gangbare arbeid <input type="checkbox"/> Passende arbeid <input type="checkbox"/> Beroepsarbeid ¹⁾
Uitkeringsgrens AO:	35% of meer
Uitkeringshoogte AO:	<input type="checkbox"/> Volledige uitkering <input type="checkbox"/> Uitkering naar rato arbeidsongeschiktheid
Woonsituatie:	Eigen woning
Beroep:	
Looptijd:	_____ maanden
Ingangsdatum verzekering:	____-____-____
Einddatum verzekering:	____-____-____
Te verzekeren maandbedrag AO ²⁾ : €	(minimaal € 150,- en maximaal € 2.500,- per maand)

Werkloosheid (WW)

Wilt u een uitkering bij werkloosheid meeverzekeren?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Te verzekeren maandbedrag WW ³⁾ : €	(minimaal € 150,- en maximaal 125% van het bedrag voor AO dekking)
Uitkeringsduur bij WW:	<input type="checkbox"/> 12 maanden <input type="checkbox"/> 24 maanden

¹⁾ Zie de lijst met uitgesloten beroepen waarvoor de dekking beroepsarbeid niet mogelijk is. De lijst vindt u op www.taf.nl.

²⁾ Bij een verzekerd maandbedrag van meer dan € 1.000,-, moet een "Verklaring maandelijkse woonlasten" worden ingevuld.

De benodigde documenten vindt u nadat u bent ingelogd op www.taf.nl/downloads onder de tab TAF Maandlastbeschermer.



Aanvraagformulier

TAF Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

eenvoudig transparant

Verzekeringskosten

Eenmalige poliskosten: € 18,-

Maandpremie (exclusief poliskosten): AO € WW €

Belasting

U kunt de premie voor arbeidsongeschiktheid 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 de premie voor arbeidsongeschiktheid niet in aftrek brengen op mijn inkomen in Box 1.

Betaalwijze

De premie dient te worden betaald via automatische incasso.

Premie betaaltermijn
Per maand
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 Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

eenvoudig transparant

Verklaring werkloosheid (deze verklaring moet u invullen als u heeft gekozen voor de dekking werkloosheid)

1. Heeft u (voor)kennis van uw ontslag of van enige dreiging van uw ontslag?

Nee Ja

2. Heeft uw werkgever plannen bekend gemaakt over en/of is uw werkgever bezig met:

- een werktijdverkorting

- een uitstel van betaling

- een faillissement

Nee Ja

Is uw antwoord op vraag 1 of vraag 2 'Ja'? Dan is werkloosheidsdekking niet mogelijk.

3. Heeft uw werkgever plannen bekend gemaakt over en/of is uw werkgever bezig met een reorganisatie?

Nee Ja

Is uw antwoord op vraag 3 'Ja'? Laat dan de 'Uitgebreide toelichting bij werkloosheidsdekking' invullen door uw werkgever. (Deze toelichting vindt u achter dit aanvraagformulier).

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.



Aanvraagformulier

TAF Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

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.

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 Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

eenvoudig transparant

Belangrijk: u tekent voor een meerjarig contract

Deze verzekering is een meerjarig contract met een looptijd langer dan één jaar. Door hieronder uw handtekening te plaatsen, verklaart u dat u zich hier bewust van bent en hiermee akkoord gaat.

Waarom een meerjarig contract?

Doordat u een meerjarig contract aangaat, hoeven wij uw verzekeringsovereenkomst niet elk jaar te verlengen. De verzekering loopt gewoon door tot de einddatum die u heeft aangegeven. Dat is duidelijk en makkelijk.

Wanneer kunt u uw verzekering beëindigen als u tekent voor een meerjarig contract?

Ook als u getekend heeft voor een meerjarig contract kunt u uw verzekering vóór het einde van de looptijd beëindigen als u dat wilt. U kunt de verzekering maandelijks opzeggen met een opzegtermijn van één maand. U vindt meer informatie over opzeggen in de polisvoorwaarden.

Wat gebeurt er als u niet tekent?

Dan kunnen we uw aanvraag helaas niet accepteren.

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde:



Aanvraagformulier

TAF Maandlastbeschermer voor werknemers in loondienst

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 tenminste 16 uur per week 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 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 MLB 11-2020 of QL MLB 02-2021 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.

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 Maandlastbeschermer

eenvoudig transparant

U krijgt een gezondheidsverklaring

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. Meer weten over hoe de medische beoordeling in zijn werk gaat? Ga naar de pagina “Werknemers AOV” op www.taf.nl en kijk onder het kopje “Medische beoordeling”.

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/gezondheidsverklaring 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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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 l _ _ l - l _ _ l - l _ _ l _ _ l tot l _ _ l - l _ _ l - l _ _ l _ _ l

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

TAF Maandlastbeschermer

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, nekkklachten 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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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

TAF Maandlastbeschermer

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 opgave 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