

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

## Aanvraagformulier

Aanvraag voor T@F Leven Overlijdensrisicoverzekering

In combinatie met T@F  
Maandlastbeschermer

In combinatie met T@F  
Zelfstandigenplan

Is deze aanvraag reeds ingegeven op onze website T@F Live?

Ja, s.v.p. polisnummer invullen: \_\_\_\_\_  Nee

### Gegevens tussenpersoon

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

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

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

Telefoon: \_\_\_\_\_

### Gegevens verzekeringnemer

Achternaam: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Voorna(a)m(en): \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

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

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

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

Geslacht  man  vrouw

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

BSN / Sofnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Beroep: \_\_\_\_\_

Werk situatie  loondienst  zelfstandig

Aard van de werkzaamheden: \_\_\_\_\_

### Nieuw adres

Adres: \_\_\_\_\_

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

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

### Legitimatie

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

Soort legitimatie  geldig paspoort  geldig Nederlands rijbewijs  geldige Europese identiteitskaart

Gegevens legitimatie:

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

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

Plaats afgifte: \_\_\_\_\_



### Gegevens tweede verzekerde (alleen invullen indien verzekerde een ander is dan mede-verzekeringnemer)

Achternaam:	Titel:
Voorna(a)m(en):	
Adres:	
Postcode / woonplaats:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Telefoonnummer:	Mobiel nummer:
E-mail:	Nationaliteit:
Geboortedatum:  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _ _ _	Geslacht <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
BSN / Sofinummer:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Beroep:	Werk situatie <input type="checkbox"/> loondienst <input type="checkbox"/> zelfstandig
Aard van de werkzaamheden:	
Relatie tot verzekeringnemer:	

### Gegevens premiebetaler (alleen invullen indien premiebetaler een ander is dan verzekeringnemer)

Achternaam:	Titel:
Voorna(a)m(en):	
Adres:	
Postcode / woonplaats:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Geboortedatum:  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _ _ _	Geslacht <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Bank- / girorekening:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BSN / Sofinummer:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

#### Legitimatie

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

Soort legitimatie:	<input type="checkbox"/> geldig paspoort	<input type="checkbox"/> geldig Nederlands rijbewijs	<input type="checkbox"/> geldige Europese identiteitskaart
Gegevens legitimatie:	Nummer:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	Datum afgifte:  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _ _ _		
	Plaats afgifte:		



## Te verzekeren kapitaal, looptijd, premie en betalingswijze

Te verzekeren kapitaal	€ _____	<input type="checkbox"/> gelijkblijvend	<input type="checkbox"/> lineair dalend
eerste verzekerde		<input type="checkbox"/> annuïtair dalend: <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8%	
Te verzekeren kapitaal	€ _____	<input type="checkbox"/> gelijkblijvend	<input type="checkbox"/> lineair dalend
tweede verzekerde		<input type="checkbox"/> annuïtair dalend: <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8%	
Ingangsdatum verzekering	<input type="checkbox"/>  __ __  -  __ __  -  __ __ __	<input type="checkbox"/> gelijk aan passeerdatum	
Looptijd verzekering	jaar (min. 5 jaar, max. 35 jaar)		
Aanvangsstorting verzekerde	€ _____	éénmalig	
Premie	€ _____	<input type="checkbox"/> per maand *	<input type="checkbox"/> per jaar *
Koopsom	€ _____	éénmalig	
Koopsom, aanvangsstorting of premie is afkomstig van	<input type="checkbox"/> looninkomsten	<input type="checkbox"/> inkomsten uit winst investeringen	
	<input type="checkbox"/> verzekeringsuitkeringen	<input type="checkbox"/> erfenis of gift	
	<input type="checkbox"/> anders, namelijk: _____		

### \*) Machtiging automatische incasso

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

Koopsombetaling of aanvangsstorting geschiedt via	<input type="checkbox"/> automatische incasso
	<input type="checkbox"/> overmaking op rekening 58.14.83.413 t.n.v. T@F B.V. onder vermelding van 'T@F leven', achternaam en geboortedatum van de verzekeringnemer.
	<input type="checkbox"/> acceptgiro (wordt verstuurd naar premiebetaler)
	<input type="checkbox"/> notaris Naam notariskantoor: _____ Plaats: _____
	<input type="checkbox"/> geldverstrekker Naam geldverstrekker: _____ Plaats: _____
	<input type="checkbox"/> tussenpersoon
	<input type="checkbox"/> anders, namelijk: _____

### Risicouragen voor de eerste verzekerde

Beoefent u een risicovolle sport of vrijetijdsactiviteit zoals auto- of motorsport, bergsport, duiksport, deltavliegen of sportvliegen?

- Nee  Ja

Welke activiteit? \_\_\_\_\_

Hoe vaak per jaar? \_\_\_\_\_

Bent u, buiten de vakanties om, ooit in het buitenland op reis geweest, of heeft u in het buitenland gewoond? Of bent u van plan dit in de toekomst te gaan doen?

- Nee  Ja

Wanneer? \_\_\_\_\_

Hoe lang? \_\_\_\_\_

Reden: \_\_\_\_\_

Drinkt u alcoholische dranken?

- Nee  Ja

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

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

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

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

- Nee  Ja

Wanneer? \_\_\_\_\_

Door wie? \_\_\_\_\_

Waarom? \_\_\_\_\_

Heeft u de afgelopen 12 maanden gerookt of tabakswaaren gebruikt? (w.o. sigaren, sigaretten, pijpen en eventuele nicotinevervangende therapie, enz.) Er kan u gevraagd worden een test af te leggen om uw niet-rokersstatus te bevestigen.

- Nee  Ja

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

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

ik rook nog steeds

Wat rookt u? \_\_\_\_\_

Hoeveel rookt(e) u per dag? \_\_\_\_\_

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

- Nee  Ja

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

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

ik gebruik nog steeds drugs

Welke drugs gebruikt(e) u? \_\_\_\_\_

## Gezondheidsverklaring eerste verzekerde

De volgende vragen ten aanzien van de gezondheid van de (kandidaat-)verzekerde dienen door de (kandidaat-)verzekerde te worden ingevuld. Hebt u vragen, dan kunt u contact opnemen met uw verzekeringsadviseur of T@F B.V. We benadrukken dat alle vragen volledig en naar waarheid moeten worden ingevuld, ook al eerder vermelde informatie moet opnieuw worden vermeld. Het onjuist of onvolledig invullen van de gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst of vertraging van de behandeling van uw aanvraag. Twijfelt u of een bepaald feit de acceptatie door ons kan beïnvloeden, dan moet u dit melden. U bent verder verplicht veranderingen in uw gezondheid na de invulling van de gezondheidsverklaring en tot de definitieve acceptatie aan de verzekeraar door te geven. U hebt geen bezwaar tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de T@F Leven overlijdensrisico-verzekering. Zie voor meer informatie ook de toelichting gezondheidsverklaring op pagina 23.

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

2. Wat is uw lengte en gewicht? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

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

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

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

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

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

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

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

Nee  Ja

Waarom? \_\_\_\_\_

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

Maatschappij: \_\_\_\_\_

8. Hebt u gedurende de laatste vijf jaar een huisarts, specialist of andere medisch geneeskundige geraadpleegd? Verkoudheden, griep, kleine verwondingen en routine zwangerschapsconsultaties kunnen buiten beschouwing worden gelaten.

Nee  Ja \*)

9. Hebt u momenteel, of hebt u gedurende de laatste vijf jaar, medicijnen, raadpleging, therapie of enige andere vorm van behandeling voorgeschreven gekregen? Voorbehoedsmiddelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten.

Nee  Ja \*)

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

- astma, bronchitis of borstkastklachten  Nee  Ja \*)
- artritis, gewrichtsklachten of bloedstoornis  Nee  Ja \*)
- rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen  Nee  Ja \*)
- kanker, gezwellen, tumor, blaasgezwel of gezwollen klieren  Nee  Ja \*)
- verhoogde cholesterol  Nee  Ja \*)
- diabetes of stoornis van de schildklier  Nee  Ja \*)
- spijsverterings- of darmstoornis  Nee  Ja \*)
- oor- of oogstoornis  Nee  Ja \*)
- hartconditie, pijn op de borstkast of hartkloppingen  Nee  Ja \*)
- nier-, blaas-, urine- of leverstoornis  Nee  Ja \*)
- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis  Nee  Ja \*)
- verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie  Nee  Ja \*)
- verlamming of multiple sclerose  Nee  Ja \*)

\*) Wanneer u 'ja' heeft geantwoord op één van deze vragen, vul dan op de volgende pagina de tien vragen per ziekte of toestand in. Er is ruimte voor maximaal drie ziektes. Hebt u vaker dan drie keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

### Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

### Ziekte/toestand 2

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

### Ziekte/toestand 3

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

## Medische machtiging

---

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

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletter(s): \_\_\_\_\_

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

geeft hierbij toestemming aan de geneeskundige adviseur van Quantum Leben en T@F B.V. Deze machtiging geldt uitsluitend voor de acceptatie van deze aanvraag.

### Huisarts

Naam: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

### Specialist

Naam: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|

Handtekening eerste verzekerde:

---

### Risicouragen voor de tweede verzekerde

Beoefent u een risicovolle sport of vrijetijdsactiviteit zoals auto- of motorsport, bergsport, duiksport, deltavliegen of sportvliegen?

Nee  Ja

Welke activiteit? \_\_\_\_\_

Hoe vaak per jaar? \_\_\_\_\_

Bent u, buiten de vakanties om, ooit in het buitenland op reis geweest, of heeft u in het buitenland gewoond? Of bent u van plan dit in de toekomst te gaan doen?

Nee  Ja

Wanneer? \_\_\_\_\_

Hoe lang? \_\_\_\_\_

Reden: \_\_\_\_\_

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee  Ja

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

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

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

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee  Ja

Wanneer? \_\_\_\_\_

Door wie? \_\_\_\_\_

Waarom? \_\_\_\_\_

Heeft u de afgelopen 12 maanden gerookt of tabakswaaren gebruikt? (w.o. sigaren, sigaretten, pijpen en eventuele nicotinevervangende therapie, enz.) Er kan u gevraagd worden een test af te leggen om uw niet-rokersstatus te bevestigen.

Nee  Ja

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

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

ik rook nog steeds

Wat rookt u? \_\_\_\_\_

Hoeveel rookt(e) u per dag? \_\_\_\_\_

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

Nee  Ja

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

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

ik gebruik nog steeds drugs

Welke drugs gebruikt(e) u? \_\_\_\_\_

## Gezondheidsverklaring tweede verzekerde

De volgende vragen ten aanzien van de gezondheid van de (kandidaat-)verzekerde dienen door de (kandidaat-)verzekerde te worden ingevuld. Hebt u vragen, dan kunt u contact opnemen met uw verzekeringsadviseur of T@F B.V. We benadrukken dat alle vragen volledig en naar waarheid moeten worden ingevuld, ook al eerder vermelde informatie moet opnieuw worden vermeld. Het onjuist of onvolledig invullen van de gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst of vertraging van de behandeling van uw aanvraag. Twijfelt u of een bepaald feit de acceptatie door ons kan beïnvloeden, dan moet u dit melden. U bent verder verplicht veranderingen in uw gezondheid na de invulling van de gezondheidsverklaring en tot de definitieve acceptatie aan de verzekeraar door te geven. U hebt geen bezwaar tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de T@F Leven overlijdensrisico-verzekering. Zie voor meer informatie ook de toelichting gezondheidsverklaring op pagina 23.

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

2. Wat is uw lengte en gewicht? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

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

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

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

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

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

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

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

Nee  Ja

Waarom? \_\_\_\_\_

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

Maatschappij: \_\_\_\_\_

8. Hebt u gedurende de laatste vijf jaar een huisarts, specialist of andere medisch geneeskundige geraadpleegd? Verkoudheden, griep, kleine verwondingen en routine zwangerschapsconsultaties kunnen buiten beschouwing worden gelaten.

Nee  Ja \*)

9. Hebt u momenteel, of hebt u gedurende de laatste vijf jaar, medicijnen, raadpleging, therapie of enige andere vorm van behandeling voorgeschreven gekregen? Voorbehoedsmiddelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten.

Nee  Ja \*)

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

- |                                                                                            |                              |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| - astma, bronchitis of borstkastklachten                                                   | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - artritis, gewrichtsklachten of bloedstoornis                                             | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen                        | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - kanker, gezwellen, tumor, blaasgezwel of gezwollen klieren                               | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verhoogde cholesterol                                                                    | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - diabetes of stoornis van de schildklier                                                  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - spijsverterings- of darmstoornis                                                         | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - oor- of oogstoornis                                                                      | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - hartconditie, pijn op de borstkast of hartkloppingen                                     | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - nier-, blaas-, urine- of leverstoornis                                                   | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress of psychiatrische stoornis | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie                                               | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - verlamming of multiple sclerose                                                          | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |

\*) Wanneer u 'ja' heeft geantwoord op één van deze vragen, vul dan op de volgende pagina de tien vragen per ziekte of toestand in. Er is ruimte voor maximaal drie ziektes. Hebt u vaker dan drie keer 'ja' ingevuld, maak dan een kopie van de tien vragen.

### Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

### Ziekte/toestand 2

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

### Ziekte/toestand 3

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening: \_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

Nee  Ja

Laatste controle: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

Details: \_\_\_\_\_

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

Extern  Opgenomen

Data opname: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen stopgezet?  Nee  Ja, wanneer: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee  Ja

Details: \_\_\_\_\_

## Medische machtiging

---

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

Achternaam:

Voorletter(s):

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

geeft hierbij toestemming aan de geneeskundige adviseur van Quantum Leben en T@F B.V. Deze machtiging geldt uitsluitend voor de acceptatie van deze aanvraag.

### Huisarts

Naam:

Woonplaats:

### Specialist

Naam:

Woonplaats:

Plaats:

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

Handtekening tweede verzekerde:

---

## Bescherming persoonsgegevens

---

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

## Autoriteit Financiële Markten (AFM)

---

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

### Slotverklaringen en ondertekening aanvraagformulier

---

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, mede-verzekeringnemer, verzekerde(n) en premiebetalers tevens dat:

- a) Alle in dit formulier gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord.
- b) Zich ervan bewust te zijn dat verzekeraar het recht heeft het contract te annuleren en betaling van bepaalde uitkeringen te weigeren wanneer de verstrekte informatie onjuist en/of onvolledig is.
- c) Bekend is dat de verzekering pas ingaat op het moment dat verzekeraar de aanvraag heeft beoordeeld en aanvaard.
- d) Bekend is dat de koopsom of premie kan verschillen als verzekerde tijdens de behandeling van deze aanvraag een jaar ouder is geworden.
- e) Bekend is dat verzekeraar werkt volgens gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen'. Dit betekent onder andere dat toestemming wordt verleend aan verzekeraar alle gegevens te delen met andere partijen en andere maatschappijen voor zover dit nodig is ten behoeve van het beoordelen en accepteren van risico's, het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten én het afwickelen van het betalingsverkeer.
- f) Ik/wij, verzekerde(n), aan verzekeraar toestemming verle(e)n(en) om na mijn/onze dood contact op te nemen met alle artsen, ziekenhuizen, andere medische instellingen en behandelingscentra, andere verzekeraars en verzorgend personeel om navraag te doen betreffende de status van mijn/onze gezondheid op het moment van het begin van het contract. Ook verle(e)n(en) ik/wij toestemming de artsen te contacteren en ondervragen die de doodsoorzaak bepalen, de artsen die mij/ons gedurende de jaren vóór mijn/ons overlijden zullen onderzoeken en behandelen, alsook de autoriteiten en sociale-verzekeringsdragers, betreffende eventuele ziektes die tot de dood hebben geleid én de doodsoorzaken. Hiervoor onthef(fen) ik/wij alle mensen die hiervoor worden gecontacteerd en ondervraagd van hun plicht tot vertrouwelijkheid, zelfs na mijn/ons overlijden.
- g) Bekend is dat verzekeringnemer en mede-verzekeringnemer het recht hebben de aanvraag voor deze verzekering te herroepen. Herroeping van de verzekering betekent, conform de regels van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), dat verzekeringnemer en mede-verzekeringnemer tot 30 dagen ná ontvangst van de polis de mogelijkheid heeft/hebben zonder opgave van reden de polis terug te sturen naar T@F B.V.

h) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.

i) Zij zich bewust zijn van de bepalingen in dit aanvraagformulier en deze aanvaarden als onderdeel van de contractuele overeenkomst.

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|

Handtekening verzekeringnemer: \_\_\_\_\_ Handtekening mede-verzekeringnemer: \_\_\_\_\_

Handtekening eerste verzekerde: \_\_\_\_\_ Handtekening tweede verzekerde: \_\_\_\_\_

Handtekening premiebeter: \_\_\_\_\_

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

### Verklaring tussenpersoon

De tussenpersoon verklaart de verzekeringnemer, de mede-verzekeringnemer en premiebeter geïdentificeerd te hebben en dat de gegevens, ingevuld op dit aanvraagformulier, overeenkomen met het origineel. De tussenpersoon verklaart tevens dat de handtekeningen op dit aanvraagformulier echt zijn. De tussenpersoon verklaart ook dat hem geen feiten en/of omstandigheden bekend zijn op grond waarvan de aangevraagde verzekering niet zou kunnen worden geaccepteerd.

Handtekening tussenpersoon: \_\_\_\_\_

Alleen in te vullen door de tussenpersoon, indien noodzakelijk:		
TPKK verwerken in aanvraag:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Maand- of jaarpremie:	%	
Koopsom of aanvangsstorting:	%	
Is het percentage al meegenomen op pagina 5?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

Extra vragen indien T@F Leven wordt afgesloten in combinatie met T@F Maandlastbeschermer of T@F Zelfstandigenplan

### Product

T@F Maandlastbeschermer

T@F Zelfstandigenplan

### Te verzekeren dekking, wachttijd, uitkeringduur, claimbeoordeling, looptijd en maandbedrag

Dekking	<input type="checkbox"/> ziekte / ongeval en onvrijwillige werkloosheid					
	<input type="checkbox"/> ziekte / ongeval					
Wachttijd	<input type="checkbox"/> 30 dagen		<input type="checkbox"/> 365 dagen			
Uitkeringduur	<input type="checkbox"/> Basis (60 maanden per ziekteclaim)		<input type="checkbox"/> Verlengd (idem looptijd verzekering)			
Claimbeoordeling bij ziekte na twee jaar	<input type="checkbox"/> <u>Standaard passende arbeid</u> : Indien geen passende arbeid (80-100%): 100% uitkering.					
	<input type="checkbox"/> <u>Extra passende arbeid 35%</u> : Indien geen passende arbeid (80-100%): 100% uitkering. Indien wel passende arbeid, maar afkeuringspercentage tussen 35% - 80%: uitkering naar rato afkeuringspercentage.					
Looptijd verzekering*	<input type="checkbox"/> 5 jaar	<input type="checkbox"/> 10 jaar	<input type="checkbox"/> 15 jaar	<input type="checkbox"/> 20 jaar	<input type="checkbox"/> 25 jaar	<input type="checkbox"/> 30 jaar
	<input type="checkbox"/> 6 jaar	<input type="checkbox"/> 11 jaar	<input type="checkbox"/> 16 jaar	<input type="checkbox"/> 21 jaar	<input type="checkbox"/> 26 jaar	
	<input type="checkbox"/> 7 jaar	<input type="checkbox"/> 12 jaar	<input type="checkbox"/> 17 jaar	<input type="checkbox"/> 22 jaar	<input type="checkbox"/> 27 jaar	
	<input type="checkbox"/> 8 jaar	<input type="checkbox"/> 13 jaar	<input type="checkbox"/> 18 jaar	<input type="checkbox"/> 23 jaar	<input type="checkbox"/> 28 jaar	
	<input type="checkbox"/> 9 jaar	<input type="checkbox"/> 14 jaar	<input type="checkbox"/> 19 jaar	<input type="checkbox"/> 24 jaar	<input type="checkbox"/> 29 jaar	

\*) Bij maandpremie is de looptijd van de verzekering tot eindleeftijd 65 jaar of pré-pensioen/VUT. Er hoeft geen looptijd te worden ingevuld op het aanvraagformulier, aangezien de looptijd geen invloed heeft op de te betalen premie. De verzekering wordt maandelijks geprolongeed.

Maandbedrag € (Altijd afronden op € 25,- Minimaal € 125,- per maand, maximaal € 2.000,- per maand.)

### Koopsom of maandpremie

Kiest u voor koopsom of maandpremie?

Koopsom

Maandpremie

Koopsom berekening:

Maandpremie berekening:

Koopsom factor uit premietabel

Maandpremie percentage uit premietabel

%

x

x

Te verzekeren maandbedrag €

Te verzekeren maandbedrag €

Verschuldigde koopsom €

Verschuldigde koopsom €

+

+

Poliskosten € 10,-

Incassokosten € 0,50

Totaal te voldoen €

Totaal maandpremie €

(excl. 10,- eenmalige poliskosten)



T@F B.V.  
Noordzee 10a, 3144 DB Maassluis  
Postbus 276, 3140 AG Maassluis  
Telefoon 010-599 30 35 Fax 010-599 30 55  
E-mail info@taf.nl [www.taf.nl](http://www.taf.nl)

U kunt de premie voor ziekte 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

## Ingangsdatum

Indien maandpremie: | | | | - | | | | - | | | | | | |

Indien koopsom: | | | | - | | | | - | | | | | | | (vermoedelijke passeerdatum)

Bij koopsombetaling is de ingangsdatum van de verzekering de datum waarop de verzekeraar of de administrateur de volledige koopsom heeft ontvangen.

## Koopsombetaling

Hebt u de koopsom meegefinancierd met de hypotheek

Ja, naam geldverstrekker: \_\_\_\_\_

Nee

**Koopsombetaling geschiedt via:**

Notaris

Naam notariskantoor: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Geldverstrekker

Naam geldverstrekker: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

## Vrijwillige financiële bijsluiter

Voor dit product is een vrijwillige financiële bijsluiter gemaakt, die aan u is verstrekt.

## Machtiging automatische incasso

De verzekeringnemer machtigt de administrateur T@F B.V. voor het automatisch afschrijven van de te incasseren koopsom of premie van zijn/haar bank- of girorekeningnummer. Deze doorlopende machtiging geldt tot de einddatum van deze verzekering of tot wederopzegging. Om deze machtiging te wijzigen, dient u de administrateur daarvan schriftelijk op de hoogte te stellen. De premie wordt de 1<sup>e</sup> van de maand achteraf geïncasseerd.

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

### Algemene slotverklaring en ondertekening

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 ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor alle ziekten en aandoeningen waarvoor ik de afgelopen 12 maanden mijn huisarts of specialist heb geraadpleegd en voor alle ziekten en aandoeningen waarvan ik de afgelopen 12 maanden op de hoogte was of had kunnen worden. Een uitzondering hierop is kanker, daarvoor geldt, alléén als ik heb gekozen voor de Verlengde uitkeringsduur, een termijn van 60 maanden in plaats van 12 maanden;
- c) mij niet bekend is dat er binnenkort in het bedrijf waar ik werkzaam ben, ontslagen kunnen of zullen vallen;
- d) ik bekend ben met de eigen-risicotermijn na ingangsdatum van de polis van 30 dagen voor ziekte / ongeval en 90 dagen voor onvrijwillige werkloosheid;
- e) ik de brochure, vrijwillige financiële bijsluiter en polisvoorwaarden heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.

Plaats: \_\_\_\_\_

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

**Handtekening verzekeringnemer:**

---

## Toelichting gezondheidsverklaring

---

### Doel van de gezondheidsverklaring

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

### Meer gegevens

Om een goed advies te kunnen opstellen, kan het zijn dat de geneeskundig adviseur meer over uw gezondheid wil weten dan wat u aan gegevens verstrekt, zoals aanvullende informatie van uw behandelend arts.

Let op: wordt u om extra medische informatie gevraagd, dan hoeft u die niet te geven als u dat niet wilt. Maar dan kan de verzekeraar afzien van acceptatie.

### Vertrouwelijk

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

### Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop de verzekeraar laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Daarvoor zijn twee redenen. De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan de verzekeraar. De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan maakt u zich schuldig aan verzwijging. U loopt dan de kans dat u geen uitkering en/of premievrijstelling krijgt als het erop aan komt. U heeft dan voor niets premie betaald. Zodra de verzekeraar u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden.

Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd.

Let op: de verzekeraar kan u ook laten weten dat u voorlopig bent geaccepteerd. Ook dan bent u verplicht veranderingen in uw gezondheid door te geven.

# T@F Leven

## Overlijdensrisicoverzekering

### Medisch advies

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

### Spoed

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



### T@F B.V.

Noordzee 10a, 3144 DB Maassluis

Postbus 276, 3140 AG Maassluis

Telefoon 010-599 30 35 Fax 010-599 30 55

E-mail [info@taf.nl](mailto:info@taf.nl) [www.taf.nl](http://www.taf.nl)