

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2)

## TAF PERSONAL

### OVERLIJDENSRIJICOVERZEKERING



EENVOUDIG TRANSPARENT

#### GEGEVENS TUSSENPERSOON

Tussenpersoon nummer: 186005  
Naam: Frank Rutten Financiële Planning  
Adres: Emmasingel 31113  
Postcode / woonplaats: 5611AZ Eindhoven  
Telefoon: 040-2800793

**Frank Rutten**  
Financiële Planning

#### GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_

#### GEGEVENS VERZEKERDE

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: ( ) man ( ) vrouw  
Nationaliteit: \_\_\_\_\_ BSN / Sofinummer: \_\_\_\_\_  
Beroep: \_\_\_\_\_  
Bruto jaarinkomen (incl. vakantiegeld, toeslagen, emolumenten en andere variabele beloningen) € \_\_\_\_\_  
Heeft u een huurhuis of een eigen woning? ( ) Huurhuis ( ) Eigen woning

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2)

## TAF PERSONAL

### OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING



#### RISICOVRAGEN VOOR DE VERZEKERDE

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

Nee  Ja

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

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

Bent u, **buiten de vakanties om**, ooit in het buitenland op reis geweest, of heeft u in het buitenland gewoond?

Nee  Ja

Welk(e) land(en)? \_\_\_\_\_

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

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

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

Bent u van plan, **buiten de vakanties om**, in het buitenland op reis te gaan, of in het buitenland te gaan wonen?

Nee  Ja

Welk(e) land(en)? \_\_\_\_\_

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

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

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

Drinkt u alcoholische dranken?

Nee  Ja

Aantal glazen bier (250 ml per glas) per week: \_\_\_\_\_

Aantal glazen wijn (100 ml per glas) per week: \_\_\_\_\_

Aantal glazen sterke drank (35 ml per glas) per week: \_\_\_\_\_

Heeft u ooit het advies gekregen uw alcoholgebruik te minderen?

Nee  Ja

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

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

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

Rookt u of heeft u de afgelopen 24 maanden gerookt of tabakswaaren gebruikt? (w.o. sigaren, sigaretten, pijpen en eventuele nicotinevervangende therapie, enz.) Er kan u gevraagd worden een test af te leggen om uw niet-rokersstatus te bevestigen.

Nee  Ja

Wat rookt(e) u? \_\_\_\_\_

Hoeveel rookt(e) u per dag?

Rookt u nog steeds?  ja  nee

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

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

Nee  Ja

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

Gebruikt u nog

steeds drugs?  ja  nee

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

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2) TAF PERSONAL OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING



## GEZONDHEIDSVERKLARING VERZEKERDE

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

1. Voorletter(s) eerste verzekerde: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_

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

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

4. Wie is uw specialist? Naam: \_\_\_\_\_  
Ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_

5. Medische machtiging  
Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur van ACE Europe Life Limited en TAF B.V. toestemming om, indien nodig, aanvullende gegevens op te vragen bij de behandelend arts. Het verstrekken van deze machtiging versnelt het afgeven van het advies van de geneeskundig adviseur aan TAF B.V. over het accepteren van de TAF Personal Overlijdensrisicoverzekering.

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

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

8. Heeft u een ouder of broer of zus die jonger dan 65 is en lijdt aan een hartkwaal, beroerte, nieraandoening, hoge bloeddruk, kanker, suikerziekte, multiple sclerose of een andere erfelijke ziekte zoals de ziekte van Huntington, of daaraan is overleden?  
( ) Nee ( ) Ja, dan onderstaande tabel invullen voor familieleden die **jonger zijn dan 65 jaar**

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

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

Waarom? \_\_\_\_\_  
Wanneer? |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Maatschappij: \_\_\_\_\_

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2)

## TAF PERSONAL

### OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING



10. Hebt u gedurende de laatste vijf jaar een huisarts, specialist of andere medisch geneeskundige geraadpleegd? Verkoudheden, griep, kleine verwondingen en routine zwangerschapsconsultaties kunnen buiten beschouwing worden gelaten.  
( ) Nee ( ) Ja \*
11. Hebt u momenteel, of hebt u gedurende de laatste vijf jaar, medicijnen, raadpleging, therapie of enige andere vorm van behandeling voorgeschreven gekregen? Voorbehoedsmiddelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten.  
( ) Nee ( ) Ja \*
12. Is uw bloed weleens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, Vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis), HIV, of bent u in afwachting van een dergelijke test of de resultaten ervan?  
( ) Nee ( ) Ja \*
- Waarom wordt/werd uw bloed onderzocht? \_\_\_\_\_  
Waarop wordt/werd uw bloed onderzocht? \_\_\_\_\_  
Wanneer vindt/vond dit onderzoek plaats? \_\_\_\_\_  
Wat is/was het resultaat? \_\_\_\_\_
13. Lijdt u aan of heeft u geleden aan één of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)? U bent verplicht 'nee' of 'ja' aan te kruisen.
- ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid ( ) Nee ( ) Ja \*
  - aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, bronchitis, borstkasklachten, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, langdurig hoesten of allergie ( ) Nee ( ) Ja \*
  - artritis, gewrichtsklachten of bloedstoornis ( ) Nee ( ) Ja \*
  - rug- of ruggenmergklachten, reuma of spier- of gewrichtsproblemen ( ) Nee ( ) Ja \*
  - goed- of kwaadaardige zwelling(en) of tumor(en), kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte of bloedarmoede ( ) Nee ( ) Ja \*
  - verhoogde cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten of hormoonafwijkingen ( ) Nee ( ) Ja \*
  - aandoeningen aan slokdarm, maag, darmen, spijsverteringskanaal, lever, galblaas of alveesklier ( ) Nee ( ) Ja \*
  - oor- of oogstoornis ( ) Nee ( ) Ja \*
  - verhoogde bloeddruk, hartconditie, beklemming of pijn op de borstkast of hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten ( ) Nee ( ) Ja \*
  - aandoeningen aan nieren, blaas, urinewegen of geslachtsorganen ( ) Nee ( ) Ja \*
  - zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout of psychiatrische stoornis ( ) Nee ( ) Ja \*
  - verhoogde bloeddruk, beroerte of epilepsie ( ) Nee ( ) Ja \*
  - aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, multiple sclerose, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias of RSI ( ) Nee ( ) Ja \*
  - huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose of embolie ( ) Nee ( ) Ja \*
  - neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen ( ) Nee ( ) Ja \*
  - ziekte, aandoening en/of gebrek (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën vallen ( ) Nee ( ) Ja \*

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

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2) TAF PERSONAL OVERLIJDENS RISICOVERZEKERING



## SLOTVERKLARING EN ONDERTEKENING

Door ondertekening van deze gezondheidsverklaring verklaren verzekeringnemer en verzekerde 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 maand 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) 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 verzekeringnemer tot 30 dagen ná ontvangst van de polis de mogelijkheid heeft zonder opgave van reden de polis terug te sturen naar TAF B.V.
- g) Zij de polisvoorwaarden hebben ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.
- h) Zij zich bewust zijn van de bepalingen in deze gezondheidsverklaring en deze aanvaarden als onderdeel van de contractuele overeenkomst.

Plaats:

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

**Handtekening verzekeringnemer:** \_\_\_\_\_

**Handtekening verzekerde:** \_\_\_\_\_