

AANVRAAGFORMULIER TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING



EENVOUDIG TRANSPARANT

GEGEVENS TUSSENPERSOON

Tussenpersoon nummer: 130330

Naam: De Hypotheek en Assurantie Groep

Adres: Postbus 2707

Postcode / woonplaats: 3800 GG Amersfoort

Telefoon:

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Voorletter(s):

Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats: | | | | | | | |

Telefoon: | | | | | | | | | |

E-mail:

Geboortedatum: | | | | - | | | | - | | | | | |

Geslacht:

man

vrouw

Nationaliteit:

BSN / Sofinummer: | | | | | | | | | | | |

Beroep:

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 MEDE-VERZEKERINGNEMER

Voorletter(s):

Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats: | | | | | | | |

Telefoon: | | | | | | | | | |

E-mail:

Geboortedatum: | | | | - | | | | - | | | | | |

Geslacht:

man

vrouw

Nationaliteit:

BSN / Sofinummer: | | | | | | | | | | | |

Beroep:

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:

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

GEGEVENS EERSTE VERZEKERDE (ALLEEN INVULLEN INDIEN VERZEKERDE EEN ANDER IS DAN VERZEKERINGNEMER)

Voorletter(s):	Achternaam:
Adres:	
Postcode / woonplaats:	
Telefoon:	E-mail:
Geboortedatum: - -	Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Nationaliteit:	BSN / Sofinummer:
Beroep:	

GEGEVENS TWEEDE VERZEKERDE (ALLEEN INVULLEN INDIEN VERZEKERDE EEN ANDER IS DAN MEDE-VERZEKERINGNEMER)

Voorletter(s):	Achternaam:
Adres:	
Postcode / woonplaats:	
Telefoon:	E-mail:
Geboortedatum: - -	Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Nationaliteit:	BSN / Sofinummer:
Beroep:	

GEGEVENS PREMIEBETALER (ALLEEN INVULLEN INDIEN PREMIEBETALER EEN ANDER IS DAN VERZEKERINGNEMER)

Voorletter(s):	Achternaam:
Adres:	
Postcode / woonplaats:	
Telefoon:	E-mail:
Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	BSN / Sofinummer:

Legitimatie

De tussenpersoon heeft de identiteit van de premiebetalder 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:		

BEGUNSTIGING

<input type="checkbox"/> Standaard	<input type="checkbox"/> Afwijkend																				
Standaard geldt begunstiging in de volgende volgorde:	Indien een andere begunstigde of een andere volgorde van begunstiging moet gelden hieronder invullen:																				
	<table><thead><tr><th>Volgorde</th><th>Naam</th><th>Voorletters</th><th>Geboortedatum</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Verzekeringnemer</td><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Weduwe, weduenaar of geregistreerd partner van verzekeringnemer</td><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. De kinderen van verzekeringnemer</td><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. De erfgenamen van verzekeringnemer</td><td>4</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Volgorde	Naam	Voorletters	Geboortedatum	1. Verzekeringnemer	1			2. Weduwe, weduenaar of geregistreerd partner van verzekeringnemer	2			3. De kinderen van verzekeringnemer	3			4. De erfgenamen van verzekeringnemer	4		
Volgorde	Naam	Voorletters	Geboortedatum																		
1. Verzekeringnemer	1																				
2. Weduwe, weduenaar of geregistreerd partner van verzekeringnemer	2																				
3. De kinderen van verzekeringnemer	3																				
4. De erfgenamen van verzekeringnemer	4																				

****) Machtiging automatische incasso**

Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt de verzekeringnemer/mede-verzekeringnemer/premiebetaler de administrateur TAF B.V. voor het automatisch afschrijven van de maandelijks of jaarlijks te incasseren premie van zijn/haar bank- of girorekening. Indien bij koopsombetaling gekozen wordt voor betaling via automatische incasso is deze machtiging ook geldig om de te betalen koopsom automatisch te incasseren. De koopsom wordt op de aangegeven incassodatum door de administrateur TAF B.V. van de rekening afgeschreven. 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.

SLOTVERKLARINGEN EN ONDERTEKENING AANVRAAGFORMULIER

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaren verzekeringnemer, mede-verzekeringnemer, verzekerde(n) en premiebeter 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 afwikkelen 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 opgaaf van reden de polis terug te sturen naar TAF B.V.

k) AKKOORDVERKLARING EENMALIGE VERGOEDING OVERLIJDENSRSICOVERZEKERING.COM

Overlijdensrisicoverzekering.com rekent geen provisie in de periodieke premies. Hierdoor vallen de premies lager uit.

In plaats van provisie betaalt de verzekeringnemer een eenmalige vergoeding van € 500,00.

Deze vergoeding is onafhankelijk van het soort verzekering, de dekking of de duur van de verzekering.

U betaalt de vergoeding alleen wanneer de verzekering door de verzekeringsmaatschappij is geaccepteerd.

Door ondertekening van het aanvraagformulier gaat u er mee akkoord dat u bij ontvangst van de polis een separate factuur ontvangt welke u binnen 14 dagen aan overlijdensrisicoverzekering.com overmaakt.

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENS RISICOVERZEKERING

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 premiebetalder:

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

VERKLARING TUSSENPERSOON

De tussenpersoon verklaart de verzekeringnemer, de mede-verzekeringnemer en premiebetalder 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: Ja Nee

Maand- of jaarpremie: %

Koopsom of aanvangsstorting: %

Is het percentage al meegenomen op pagina 4? Ja Nee

RISICOVRAGEN 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?

- Nee Ja

Welk(e) land(en)? _____

Wanneer? _____

Hoe lang? _____

Reden: _____

Bent u van plan om, 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 (175 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? | | | | - | | | | - | | | | | |

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 bloedstroom 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 *)

- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress 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 *)

Plaats: _____ Datum: |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|

Handtekening eerste verzekerde:

*) 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.

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: _____

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

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

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

Extern Opgenomen

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

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis 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/**gebrek of klacht**: _____

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

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

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

Extern Opgenomen

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

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details: _____

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENSRISICOVERZEKERING

RISICOVRAGEN VOOR DE TWEDE 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 om, 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 (175 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? | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ |

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENS RISICOVERZEKERING

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 bloedstrooming 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 alvleesklier 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 *)

- zenuw- of mentale stoornis inclusief angst, depressie, stress 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 *)

Plaats:

Datum: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Handtekening tweede verzekerde:

*) 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.

Ziekte/toestand 1

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/**gebrek of klacht**: _____

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

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

Extern Opgenomen

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

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details: _____

TAF LEVEN PERSONAL OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING

Ziekte/toestand 2

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/**gebrek of klacht**: _____

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

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht? Naam: _____

Specialisme: _____

Staat u nog onder controle? Ja Nee

Heeft u nog klachten? Ja Nee

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en): _____ Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per: _____

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds? Ja Nee, beëindigd per : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

Extern Opgenomen

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

Details: _____

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? Nee Ja, wanneer: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

Nee Ja

Details: _____
