

Nationale HypotheekPas

Personal Overlijdensrisicoverzekering

AANVRAAGFORMULIER

GEGEVENS TUSSENPERSOON

Tussenpersoon nummer: | | | | | | | |

Naam:

Adres:

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

Telefoon:

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Voorletter(s):

Achternaam:

Adres:

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

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

E-mail:

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

Geslacht:

man

vrouw

Nationaliteit:

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

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: | | | | | | | | | |

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:

NHP "De enige zonder afsluitprovisie!"
Nationale HypotheekPas

TE VERZEKEREN KAPITAAL, LOOPTIJD, PREMIE, BETALINGSWIJZE EN PERSOONLIJKE GEGEVENS

(Onderstaande gegevens dienen altijd ingevuld te worden om de premie te kunnen berekenen. Ontbrekende gegevens zorgen voor vertraging van de aanvraag!)

Te verzekeren kapitaal € _____ gelijkblijvend lineair dalend
(min. € 18.000, max. € 1.500.000) annuïtair dalend: 4% 5% 6% 7% 8%

Ingangsdatum verzekering: |_|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Looptijd verzekering: _____ jaar (min. 5 jaar, max. 35 jaar)

Vul de onderstaande tabel in geldend op het moment van ingangsdatum van deze verzekering.

	Eerste verzekerde	Tweede verzekerde
Beroep		
Hoogst genoten opleiding/cursus	<input type="checkbox"/> basis onderwijs <input type="checkbox"/> voortgezet onderwijs <input type="checkbox"/> middelbaar beroepsonderwijs <input type="checkbox"/> hoger beroepsonderwijs <input type="checkbox"/> wetenschappelijk onderwijs	<input type="checkbox"/> basis onderwijs <input type="checkbox"/> voortgezet onderwijs <input type="checkbox"/> middelbaar beroepsonderwijs <input type="checkbox"/> hoger beroepsonderwijs <input type="checkbox"/> wetenschappelijk onderwijs
Bruto jaarinkomen (incl. vakantiegeld, toeslagen, emolumenten en andere variabele beloningen)	€ _____	€ _____
Vermogen		
1. (WOZ) waarde eigen woning	€ _____ -	€ _____ -
2. Hypotheek	€ _____ +	€ _____ +
3. Tegoed spaarsaldo	€ _____ +	€ _____ +
4. Tegoed beleggingssaldo	€ _____ -	€ _____ -
5. Persoonlijke leningen	€ _____ +	€ _____ +
6. Ondernemersvermogen	€ _____ =	€ _____ =
Totaal vermogen	€ _____	€ _____

Heeft u een huurhuis of eigen woning? huurhuis eigen woning

Wanneer heeft u voor deze woning het laatst een hypotheek afgesloten? |_|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Heeft u destijds ook een overlijdensrisicoverzekering afgesloten? Nee Ja

Maatschappij: _____

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

Verzekerd bedrag € _____

Gaat u deze polis opzeggen?

Nee Ja, wanneer? |_|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Premie € _____ per maand ** per jaar **

Aanvangsstorting / koopsom € _____ éénmalig *

Bank-/girorekening van de premiebetaler: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*) Koopsombetaling of aanvangsstorting geschiedt via

automatisch incasso

incassodatum: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| rekeningnummer: _____

overmaking op rekening 66.87.69.157 t.n.v. TAF B.V. onder vermelding van 'Nationale HypotheekPas Personal Overlijdensrisicoverzekering', achternaam en geboortedatum van de verzekeringnemer.

***) 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. Per polis worden door TAF B.V. éénmalig € 50,- aan administratiekosten in rekening gebracht. Deze worden bij de eerste incasso verrekend.

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.

NHP "De enige zonder afsluitprovisie!"
Nationale HypotheekPas

- 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.
- 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.

MACHTIGING AUTOMATISCHE INCASSO EENMALIGE VERGOEDING NHP

De NHP Personal overlijdensrisicoverzekering rekent geen provisie in de periodieke premies. Hierdoor zijn de periodieke premies gegarandeerd laag. In plaats daarvan betaalt de verzekeringnemer een eenmalige vergoeding van € 795,-. Deze vergoeding is onafhankelijk de hoogte van de premie, duur van de verzekering of gekozen dekking. Verzekeringnemer is de eenmalige vergoeding uitsluitend verschuldigd bij totstandkoming van de NHP Personal overlijdensrisicoverzekering. Dit houdt in dat de verzekeringnemer de vergoeding alleen verschuldigd is wanneer de verzekeringnemer door NHP is geaccepteerd. Door ondertekening verleent verzekeringnemer tot wederopzegging volmacht aan NHP om zijn/haar rekening te belasten met € 795,-. NHP is op basis van de volmacht bevoegd om de door verzekeringnemer verschuldigde € 795,- te incasseren. Verzekeringnemer is verplicht om zorg te dragen voor voldoende saldo op onderstaand rekeningnummer.

Rekeningnummer verzekeringnemer:

Plaats: Datum:

Handtekening verzekeringnemer: Handtekening mede-verzekeringnemer:

Handtekening eerste verzekerde: Handtekening tweede verzekerde:

Handtekening premiebetaler:

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

VERKLARING TUSSENPERSOON

De tussenpersoon verklaart de verzekeringnemer, de mede-verzekeringnemer en premiebetaler 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:

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? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

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 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 Nationale HypotheekPas Personal Overlijdensrisicoverzekering.

1. Voorletter(s) eerste verzekerde: _____ Achternaam: _____

2. Wie is uw huisarts? Naam: _____
Adres: _____
Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Wie is uw specialist? Naam: _____
Ziekenhuis: _____
Plaats: _____

4. Medische machtiging

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur van Quantum 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 Nationale HypotheekPas Personal Overlijdensrisicoverzekering.

5. Wat is uw lengte en gewicht? _____ cm _____ kg

6. 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 *)

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

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

9. 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				

10. 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: _____

11. 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 *)

12. 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 *)

13. Lijdt u aan of heeft u last gehad van (u bent verplicht 'nee' of 'ja' aan te kruisen):

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| - 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 *) |

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.

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 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: _____

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 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: _____



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? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

GEZONDHEIDSVERKLARING TWEDE 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 Nationale HypotheekPas Personal Overlijdensrisicoverzekering.

1. Voorletter(s) tweede verzekerde: _____ Achternaam: _____

2. Wie is uw huisarts? Naam: _____
 Adres: _____
 Postcode / woonplaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Wie is uw specialist? Naam: _____
 Ziekenhuis: _____
 Plaats: _____

4. Medische machtiging

Met deze machtiging verleen ik de geneeskundig adviseur van Quantum 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 Nationale HypotheekPas Personal Overlijdensrisicoverzekering.

5. Wat is uw lengte en gewicht? _____ cm _____ kg

6. 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 *)

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

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

9. 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				

10. 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: _____

11. 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 *)

12. 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 *)

13. Lijdt u aan of heeft u last gehad van: (bent verplicht 'ja' of 'nee' aan te kruisen)

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| - astma, bronchitis of borstkastklachten | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja *) |
| - artritis, gewrichtsklachten of bloedstornis | <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 *) |

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: _____

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 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: _____

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 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:

