



## PREMIEBETALING

Maandpremie € \_\_\_\_\_

Koopsom € \_\_\_\_\_

Combinatiebetaling (direct ingaand)

Verzekerd bedrag koopsomdeel € \_\_\_\_\_ Koopsom € \_\_\_\_\_

Verzekerd bedrag maandpremiedeel € \_\_\_\_\_ Maandpremie € \_\_\_\_\_

Combinatiebetaling (uitgesteld)

Looptijd koopsombetaling \_\_\_\_\_ jaar Koopsom € \_\_\_\_\_

Ingangsdatum maandpremiebetaling |\_\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_|\_| Maandpremie € \_\_\_\_\_

**U kunt de premie voor arbeidsongeschiktheid standaard in aftrek brengen op uw inkomen in Box 1. Een eventuele periodieke uitkering wordt dan te zijner tijd belast in Box 1. Indien u dit niet wenst, gelieve hier aan te kruisen.**

Nee, ik wil mijn polis niet in aftrek brengen op mijn inkomen in Box 1

## KOOPSOMBETALING

**Koopsom betaling geschiedt via:**

Automatisch incasso Incassodatum: |\_\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_|\_| Rekeningnummer: \_\_\_\_\_

Overmaking op rekening 66.87.69.157 t.n.v. TAF B.V. onder vermelding van 'TAF Maandlastbeschermer/Zelfstandigenplan', achternaam en geboortedatum van de verzekeringnemer. \_\_\_\_\_

### Vrijwillige financiële bijsluiter

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

### Machtiging automatische incasso

Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt de verzekeringnemer de administrateur TAF B.V. voor het automatisch afschrijven van de maandelijks 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.

### Algemene slotverklaring en ondertekening

Hierbij verzoek ik de aanvraag voor de verzekering in behandeling te nemen. Als de verzekeraar de aanvraag heeft goedgekeurd kunt u direct met de uitvoering van de verzekering beginnen. Ik ben bekend en akkoord met de voorwaarde dat ik bij annulering van de polis € 160,- premie verschuldigd ben voor de voorlopige dekking die ik heb genoten.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:

- alle in het formulier gestelde vragen naar waarheid zijn beantwoord;
- mij bekend is dat op grond van de polisvoorwaarden het niet is toegestaan om meerdere polissen af te sluiten. Indien ik meerdere polissen heb afgesloten, kan ik een eventuele claim slechts op 1 polis indienen. Ik ben me bewust van het feit dat de overige polissen op dat moment worden geroyeerd zonder het recht op teruggaaf van de premie.
- mij bekend is dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor ik in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een (huis)arts of specialist heb geraadpleegd. Dit geldt ook voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel die het gevolg is van een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor ik in de periode van twaalf maanden een (huis)arts of specialist heb geraadpleegd;
- mij bekend is dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan ik op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) uit het verleden is enkel sprake van dekking indien uit mijn medisch dossier blijkt dat ik volledig hersteld ben van de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) en dat gedurende 24 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/of recidive van deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad en ik gedurende deze periode voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heb gehad of had moeten hebben;
- ik de polisvoorwaarden heb ontvangen, gelezen, begrepen en geaccepteerd.

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

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

Handtekening verzekeringnemer \_\_\_\_\_