

Met dit formulier vraagt u een zorgverzekering aan. Wilt u dit formulier met blauwe of zwarte pen invullen?

1 Mijn gegevens (verzekeringnemer)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoonnummer privé Telefoonnummer mobiel

E-mailadres Relatienummer

2 Andere verzekerden

Wie meldt u aan voor de verzekering?

Ik meld mijzelf ook aan. Ik hoef mijn gegevens hieronder niet meer in te vullen. Ik meld mijzelf niet aan.

Verzekerde 1 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Relatienummer

Verzekerde 2 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Relatienummer

Verzekerde 3 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Relatienummer

Verzekerde 4 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Relatienummer

3 Extra vragen bij aanvullende verzekering Excellent

A Heeft u of één van de te verzekeren personen de afgelopen twaalf maanden meer dan twintig behandelingen fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie (Cesar/Mensendieck) gehad of verwacht u de komende twaalf maanden meer dan twintig behandelingen?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

B Bent u of is één van de te verzekeren personen momenteel onder plastisch chirurgische behandeling van een medisch specialist of verwacht u of één van de te verzekeren personen komend jaar onder plastisch chirurgische behandeling van een medisch specialist te zijn?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

C Bent u of is één van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een orthodontist of verwacht u of één van de te verzekeren personen dat dit binnen één jaar noodzakelijk zal zijn?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Zo ja, op welke datum is de beugel geplaatst? - -

4 Ondertekening verzekeringnemer

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat:

- alle informatie die u gaf, klopt
- u geen belangrijke informatie geheim heeft gehouden
- u geen aanvullende verzekering krijgt als het formulier niet helemaal is ingevuld of als de informatie op het formulier niet klopt
- onze medische adviseur uw tandheelkundige gegevens mag lezen
- u weet dat wij uw verzekering mogen stoppen of weigeren als uw gegevens niet kloppen
- u weet dat u premie moet betalen als de polis begint.

Datum - - Handtekening verzekeringnemer

Stuur dit formulier in een envelop zonder postzegel naar: Avero Achmea, Serviceteam Polis, Antwoordnummer 45428, 1040 WD Amsterdam.