

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? (Vul het formulier alleen in voor personen van achttien jaar en ouder)

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 Tandartsverzekeringen

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<b>Tandartsverzekering</b> Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Royaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Royaal of Excellent** Als u de tandartsverzekering Royaal of Excellent aanvraagt, vul dan de vragen bij 3.1 in.

### 3.1 Extra vragen tandartsverzekeringen

**A Bent u in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?**

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

**B Mist u meer dan 4 tanden en/of kiezen? U hoeft verstandskiezen niet mee te tellen.**

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

**Zijn de missende tanden en/of kiezen vervangen?**

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

**Missen de tanden en/of kiezen vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling?**

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

**C Heeft één van de te verzekeren personen een voorziening, bijvoorbeeld: kronen/stifttanden, (ets)bruggen, implantaten of een (gedeeltelijk) kunstgebit (ook frame of plaatje)?**

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

Welke voorzieningen en hoeveel


**Zijn de voorzieningen ouder dan 10 jaar?**

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

Welke voorzieningen en hoeveel?


**D Heeft één van de te verzekerde personen bij meer dan 2 tanden en/of kiezen een wortelkanaalbehandeling gehad en is daar geen kroon op geplaatst?**

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

**E Krijgt/kreeg één van de te verzekerden personen een (uitgebreide) tandvleesbehandeling bij een paradontoloog of een mondhygiënist?**

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

Van wie kreeg u de behandeling?  Parodontoloog  Mondhygiënist

Krijgt/kreeg u de behandeling om tandvlees problemen te voorkomen?

Ja  Nee

**F Verwacht één van de te verzekeren personen de komende 2 jaar een tandheelkundige behandeling?**

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

Welke behandeling?  Uitgebreide tandvleesbehandeling  Kro(o)n(en), brug(gen), inlay(s)

Wortelkanaalbehandeling  vier of meer vullingen

Implantaten  Gedeeltelijk of volledig kunstgebit

**G Heeft één van de te verzekeren personen ergens anders een uitgebreide tandartsverzekering?**

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

#### 4 Ondertekening verzekeringnemer

**Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat:** ■ u de inhoud van de informatiedocumenten van uw gekozen product(en) kent. U kunt de documenten inzien en downloaden op [averoachmea.nl/informatiedocument](http://averoachmea.nl/informatiedocument) ■ alle informatie die u gaf, klopt ■ u geen belangrijke informatie geheim heeft gehouden ■ 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.

**Wij gebruiken uw informatie hiervoor:** ■ wij schrijven u in ■ wij zijn u beter van dienst ■ wij zorgen dat anderen geen misbruik van uw gegevens maken ■ wij sturen u informatie over een ander product van Achmea of Avéro Achmea ■ wij beschermen uw gegevens volgens de regels van het College Bescherming Persoonsgegevens ■ informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens vindt u op [www.averoachmea.nl/Paginas/Privacy-statement.aspx](http://www.averoachmea.nl/Paginas/Privacy-statement.aspx)

Datum

-   -

Handtekening verzekeringnemer

--

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