

## AANVRAAGFORMULIER ZORGVERZEKERING

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen in blokletters. De toelichting helpt u bij het invullen van dit formulier.

Naam verzekeringsadviseur:

Nummer:

### 1 Mijn gegevens (= verzekeringnemer):

Voorletter(s):  Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geboortedatum:   Man  Vrouw BSN

Straatnaam:  Huisnummer:  Toevoeging:

Postcode:  Woonplaats:

Nationaliteit:  Land:

Telefoonnummer:  E-mailadres:

Vraagt u deze verzekering ook voor uzelf aan?  Ja  Nee

### 2 Correspondentieadres (alleen invullen als het afwijkt van vraag 1)

Straatnaam:  Huisnummer  Toevoeging

Postcode:  Woonplaats:

Land:

### 3 Ik meld ook de volgende personen aan voor de zorgverzekering (lees eerst de toelichting bij vraag 3)

	NAAM EN VOORLETTERS	BSN	GESLACHT	GEBOORTEDATUM	NATIONALITEIT
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4 Deelname collectiviteit (lees eerst de toelichting bij vraag 4)

Naam collectiviteit

Collectiviteitnr.  Personeels- of registratienr.

### 5 Vrijwillig eigen risico (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder):

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-
<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-
<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-
<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-
<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-
<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-

## 6 Ik kies de volgende verzekering(en):

Ik kies de volgende basisverzekering voor alle te verzekeren personen:  Keuze Zorg Plan (restitutie)  Zorg Plan (restitutie/natura)

Aanvullende verzekering:	VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
Start	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Royaal	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuis Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6.1 Aanvullende vraag Excellent (alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)

Hebt u of één van de te verzekeren personen de afgelopen 12 maanden meer dan 20 behandelingen fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie (Cesar/Mensendieck) gehad of verwacht u de komende 12 maanden meer dan 20 behandelingen?

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### 6.2 Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling bij een specialist of andere zorgverlener? Vermoed u dat dit binnen één jaar noodzakelijk zal zijn? Zo ja, wie?

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Zo ja, waarvoor?

Wordt deze persoon nog steeds behandeld?

Hoeveel behandelingen hebt u gehad?  Hoeveel behandelingen worden er nog verwacht?

### 6.3 Heeft een van de verzekerde personen een bril of contactlenzen?

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### 6.4 Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een orthodontist of is u bekend of vermoedt u dat dit binnen één jaar noodzakelijk zal zijn? Zo ja, wie? In welk stadium bevindt de behandeling zich?

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Zo ja, op welke datum is de beugel geplaatst?

### 6.5 Aanvullende vraag Ziekenhuis Extra (alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)

Is er nu bij één van de te verzekeren personen sprake van opname in een ziekenhuis of is er een opname in een ziekenhuis gepland?

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## 7 Tandartsverzekeringen (alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder)

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
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"/>

\* Graag vraag 7.1 invullen.

### 7.1 Aanvullende vragen voor T Extra, T Royaal, T Excellent. (alleen invullen als u één van deze verzekeringen aanvraagt)

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

	VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
Hebben de te verzekerden personen bij hun huidige zorgverzekeraar de meest uitgebreide tandartsverzekering?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Wat is de naam van uw huidige tandartsverzekering?	<input type="text"/>					

## 8 Toetsing verzekeringsplicht (alleen in te vullen voor de te verzekerden personen van 18 jaar en ouder):

	VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
Hebt u een persoonlijk inkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ontvangt u uw persoonlijk inkomen uit	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide

## 9 Uw situatie. Waarom vraagt u een basisverzekering aan: (lees eerst de toelichting bij vraag 9)

Overstap van andere zorgverzekeraar per 1 januari

Afkomstig buitenland op

Ik ben collectief verzekerd en wijzig van collectiviteit op

Onverzekerd sinds

Ik wil zelf verzekeringnemer worden op

Anders, nl.

Ontstaan nieuw recht op basisverzekering op

## 10 Huidige zorgverzekeraar

Hebt u nu een basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar, vult u dan hieronder de gegevens in van deze zorgverzekeraar.

	VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
Huidige zorgverzekeraar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt u ons uw basisverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen bij uw huidige zorgverzekeraar namens u op te zeggen. Ook gaan wij ervan uit dat u ons machtigt de aanvullende ziektekostenverzekering(en) namens u bij uw oude zorgverzekeraar op te zeggen. Als dit NIET het geval is dient u het onderstaande hokje aan te kruisen.

Ja, ik wil de aanvullende verzekeringen bij mijn huidige zorgverzekeraar behouden voor:

VERZEKERINGNEMER	VERZEKERDE 1	VERZEKERDE 2	VERZEKERDE 3	VERZEKERDE 4	VERZEKERDE 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Let op: Wanneer u bij ons ook aanvullende verzekeringen afsluit en u wilt uw aanvullende verzekeringen bij uw huidige zorgverzekeraar behouden kan dit dubbele dekking en/of dubbele premie tot gevolg hebben.

## 11 Betaling premie, eigen risico, eigen bijdrage en andere vorderingen vorderingen (lees eerst de toelichting bij vraag 11)

Mijn rekeningnummer is

Ik betaal de premie per  Maand  Kwartaal  Half jaar  Jaar

Ik betaal via  Automatische betaling aan Avéro Achmea  
 Mijn verzekeringsadviseur  
 Mijn werkgever

Betaalt u de premie aan Avéro Achmea zelf, dan vindt de incasso altijd automatisch plaats. U machtigt ons hiervoor door dit aanvraagformulier te ondertekenen. U kunt alleen kiezen voor betaling via werkgever als uw werkgever ook deze optie biedt.

## 12 Ondertekening verzekeringnemer

Lees voordat u dit formulier ondertekent de toelichting bij vraag 12. Daar vindt u informatie over hoe wij omgaan met privacy en afhandelen van klachten en de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht.

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld en kennis heb genomen van de voorwaarden. Ik weet dat een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien ik met opzet tot misleiden van Avéro Achmea heb gehandeld, heeft Avéro Achmea het recht de verzekering op te zeggen.

Naam:

Plaats:  Datum:

Handtekening: