

Avéro Achmea
Postbus 1717
3800 BS Amersfoort
Nederland
www.averoachmea.nl

Vul alle vragen op dit formulier in. Als u voor antwoorden verwijst of antwoorden doorhaalt, dan kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.

Naam verzekeringsadviseur: _____

Nummer: _____

Deelname in een collectiviteit van een bedrijf of organisatie? Nee Ja

Naam bedrijf/organisatie: _____ Contractnummer: _____

Personeels- of registratienummer: _____ Datum in dienst: []-[]-[]-[]-[]-[] (dd/mm/jjjj)

Nieuwe aanvraag Wijziging voor relatienummer: _____ Gewenste ingangsdatum: []-[]-[]-[]-[]-[] (dd/mm/jjjj)

Belangrijk: toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

- Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt en wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen uw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij ons bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.
- Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat wij u hebben bericht over onze definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan ons mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier dat u, tezamen met de op de aangevraagde verzekeringsdekking van toepassing zijnde voorwaarden van verzekering, in tweevoud ter hand is gesteld.
- Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van ons heeft gehandeld of wij bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, hebben wij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

1 Mijn gegevens (= verzekeringnemer):

Voorletter(s): _____ Tussenvoegsel: _____ Naam: _____

Geslacht: Man Vrouw _____ Geboortedatum: _____

Straatnaam: _____ Huisnummer: _____ Toevoeging: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Land: _____ Nationaliteit: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Bankrekeningnummer voor betaling premie, eigen risico, eigen bijdrage of voor vergoeding van declaraties: _____ Burgerservicenummer: _____

- Ik betaal* via:
- automatische betaling aan Avéro Achmea**
 - mijn verzekeringsadviseur
 - mijn werkgever***

- Ik betaal per:
- maand
 - kwartaal
 - halfjaar
 - jaar

* Bent u verzekerd via uw werkgever? Dan geldt de betaalwijze zoals afgesproken met uw werkgever.

** Bij keuze voor betaling aan Avéro Achmea vindt de incasso altijd automatisch plaats. U machtigt ons hiervoor met ondertekening van het aanvraagformulier.

*** De keuze voor betaling via werkgever is alleen mogelijk als uw werkgever dit ook als optie gebruikt.

2 1. Ik (= verzekeringnemer) meld mij aan voor de zorgverzekering ja nee

2. Tevens meld ik alle onderstaande personen aan voor de zorgverzekering:

Naam, tussenvoegsel(s) en voorletters:	BSN:	Geslacht: Man Vrouw	Geboortedatum:	Nationaliteit*:
1: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
2: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
3: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
4: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
5: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____

* Als een van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, graag dan een kopie van een geldig verblijfsdocument (voor- en achterzijde) opsturen en een kopie van het paspoort met een eventuele verblijfsaantekening. Voor personen met een EU/ EER-nationaliteit volstaat een kopie van het paspoort of een Europese identiteitskaart.

3 Heeft een van de te verzekeren personen een afwijkend adres?

Ja, nl.:

Straatnaam:

Huisnummer + toevoeging:

Postcode/Woonplaats:

Land:

4 Ik vraag deze verzekering aan omdat ik:

- Overstap van andere zorgverzekeraar per 1 januari. Afkomstig ben vanuit het buitenland per: --
- Onverzekerd ben per: -- Zelf verzekeringnemer wil worden per: --
- Anders, nl.: _____ Recht heb op een zorgverzekering per: --
- _____ Collectief verzekerd ben en wijzig van collectiviteit per:* --

*Let op! Als u collectief verzekerd bent of wordt wegens lidmaatschap kunt u alleen overstappen per 1 januari. Overstap van zorgverzekeraar anders dan 1 januari is alleen mogelijk als u nu collectief verzekerd bent via werkgever of uitkeringsinstantie en overstapt naar een soortgelijke collectiviteit.

Huidige verzekeraar.

Hebt u nu een basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar, vult u dan hieronder de gegevens in van deze verzekeraar. Let op: deze gegevens ook invullen als uw huidige basisverzekering al is beëindigd.

Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4 Verzekerde 5

Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt u ons uw oude zorgverzekering namens u op te zeggen. Wij gaan er ook van uit dat u ons machtigt de aanvullende zorgverzekering(en) namens u bij uw oude zorgverzekeraar op te zeggen. Wilt u dit niet? Dan kunt u dat hieronder aangeven. Houdt u er rekening mee dat wanneer u bij ons ook een aanvullende zorgverzekering afsluit en u wilt uw aanvullende zorgverzekering bij uw oude zorgverzekeraar behouden, dit dubbele dekking en/of dubbele premie tot gevolg kan hebben.

De keuze die u maakt geldt voor alle personen op het formulier.

Ik wil niet dat u mijn aanvullende zorgverzekering voor mij opzegt.

5 Toetsing verzekeringsplicht (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
1. Betaalt u Nederlandse inkomstenbelasting (box 1)?	<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
2. Betaalt u inkomstenbelasting (box 1) in het buitenland?	<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

Is bij een van de te verzekeren personen vraag 5.2 met 'ja' beantwoord, dan vragen wij u het formulier Verblijf in het buitenland in te vullen.

6 Ik kies de volgende basisverzekering voor alle te verzekeren personen:

- Keuze Zorg Plan (restitutie) Zorg Plan (restitutie/natura)

7 Keuze vrijwillig eigen risico per kalenderjaar (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,-

Als u alleen een zorgverzekering wilt sluiten zonder aanvullende (tandarts)verzekeringen, dan hoeft u dit formulier alleen nog maar te ondertekenen bij vraag 21. Vraag 8 t/m 17 hoeft u dan niet te beantwoorden.

8 Ik kies de volgende aanvullende verzekering:

	Verzekering- nemer	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"/>

* Voor de Excellent geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van deze dekking de vragen 12 t/m 15 beantwoorden en daarna het formulier ondertekenen bij vraag 21?
Verzekerden tot 18 jaar zijn verzekerd op basis van de meest uitgebreide aanvullende verzekering die één van de ouders gekozen heeft.

9 Ik kies de volgende aanvullende tandartsverzekering: (alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder)

	Verzekering- nemer	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"/>

* Voor de T Extra, T Royaal en T Excellent geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van T Extra alleen vraag 16A en bij het aanvragen van T Royaal of T Excellent de vragen 16 en 17 volledig beantwoorden en daarna het formulier ondertekenen bij vraag 21?

10 Ik kies voor de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering*:

(alleen voor verzekerden van 18 tot 65 jaar)

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

* Voor de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van deze dekking vraag 11 beantwoorden en daarna het formulier ondertekenen bij vraag 21?

11 Verwacht een van de te verzekeren personen binnen een jaar een ziekenhuisopname:

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

12 Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling bij een specialist, fysiotherapeut of andere zorgverlener of is dit in de afgelopen 2 jaar het geval geweest?

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? _____

13 Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een alternatief genezer of is dit in de afgelopen 2 jaar het geval geweest? Zo ja, wat voor alternatief genezer en wat voor behandeling?

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 worden er nog verwacht? _____

14 Heeft een van de te verzekeren 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

15 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? _____

16 Tandheelkundige vragen

- A** Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen dertien maanden voor controle naar de tandarts geweest? ja nee
Zo nee, wie niet? Verzekeringnemer Verzekerde*
- B** Ontbreken er bij één van de te verzekeren personen meer dan vier tanden en/of kiezen (met uitzondering van verstandskiezen)? ja nee
Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
 de ontbrekende tanden en/of kiezen zijn vervangen.
Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
 de tanden en/of kiezen ontbreken vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling.
Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
- C** Heeft één van de te verzekeren personen een voorziening, bijvoorbeeld: kronen/stifttanden, (ets)bruggen of een (gedeeltelijk) kunstgebit (ook frame of plaatje)? ja nee
Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
Welke voorzieningen en hoeveel? _____

- Zijn voorgenoemde voorzieningen ouder dan tien jaar? ja nee
Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
Welke voorzieningen en hoeveel? _____

- D** Heeft één van de te verzekeren personen aan meer dan twee tanden en/of kiezen een wortelkanaalbehandeling ondergaan zonder dat daar een kroon op is geplaatst? ja nee
Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
- E** Was of is er bij één van de te verzekeren personen sprake van een (uitgebreide) tandvleesbehandeling bij een mondhygiënist of een parodontoloog? ja nee
Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
 Parodontoloog Mondhygiënist Is de behandeling van de mondhygiënist preventief? ja nee
- F** Verwacht één van de te verzekeren personen een tandheelkundige behandeling? ja nee
Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde*
Welke behandeling? Uitgebreide tandvleesbehandeling Kro(o)n(en), brug(gen), inlay(s)
 Wortelkanaalbehandeling 4 of meer vullingen
 Implantaten Gedeeltelijk of volledig kunstgebit
 Periodieke controle

17 Heeft één van de te verzekeren personen op dit moment elders een uitgebreide tandartsverzekering? ja nee

- Zo ja, wie Verzekeringnemer Verzekerde*
- Welke verzekeraar? _____
- Naam huidige tandartsverzekering: _____

* Vul hier in op welke verzekerde(n) dit van toepassing is. Gebruik hiervoor dezelfde nummering als bovenaan deze pagina.

18 Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van kracht.

Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea Groep uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op <http://www.stichtingcis.nl>.

19 Toepasselijk recht en geschillen

Op de verzekeringen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Vanzelfsprekend doen wij ons uiterste best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch is het mogelijk dat u ergens ontevreden over bent. Neemt u in zo'n geval eerst contact op met uw adviseur of contactpersoon. Wilt u toch een klacht indienen, dan kan dit per e-mail via onze website www.averoachmea.nl ('klacht doorgeven') of schriftelijk bij Avéro Achmea, t.a.v. Klachtenbureau Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort. Als wij er naar uw mening niet in slagen het probleem naar uw tevredenheid op te lossen, dan kunt u, indien u een natuurlijke persoon bent die niet handelt in de uitoefening van een bedrijf of beroep, zich wenden tot de erkende geschilleninstantie waarbij wij zijn aangesloten: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. 030 - 698 83 60, www.skgz.nl.

20 Over Avéro Achmea

Avéro Achmea is een aanbieder van verzekeringsproducten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van onafhankelijke bemiddelaars en adviseurs. Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12000647 en van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Utrecht, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12001023. Het kantoor van Avéro Achmea bevindt zich aan de Van Asch van Wijkstraat 55, in (3811 LP) Amersfoort, Nederland.

21 Ondertekening verzekeringnemer

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: _____
