

Aanvraagformulier Ziektekostenverzekering

Gegevensverwerking

Bij deze aanvraag worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door De Amersfoortse verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van deze verzekeringsovereenkomst en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het plegen van regres.

Heeft u vragen over dit formulier of hulp nodig bij het invullen, bel dan de afdeling Ziektekosten Acceptatie. Het telefoonnummer is (033) 464 20 61.

1. Gegevens collectiviteit (werkgever/vereniging/tussenpersoon) Indien van toepassing

Naam collectiviteit (werkgever/vereniging/tussenpersoon):

Sporeburg Advies Groep

Contractnummer (indien bekend):

2600155034

2. Gegevens verzekeringnemer (werknemer/lid/e.d.)

Naam en voorletters: _____

man vrouw

Geboortedatum: _____

BSN-nummer: _____

Woonadres en huisnummer

(Geen post- of bedrijfsadres): _____

Postcode en woonplaats: _____

Correspondentieadres (indien afwijkend): _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

(Post)bankrekeningnummer voor uitbetaling
ziektetekostenverzekering: _____

Ten name van: _____ Te: _____

Wat is uw nationaliteit?

Nederlandse

Andere, namelijk: _____

Heeft u bij ons een AOV of pensioenverzekering?

ja, opname in Amersfoortse OndernemersPlan polisnummer: _____

ingangsdatum: _____ nee

Ingangsdatum

Ziektekostenverzekering*:

*** Bij een aanmelding met een andere ingangsdatum dan 1 januari, verzoeken wij u van alle te verzekeren personen zo spoedig mogelijk kopieën toe te sturen van het beëindigingsaangangsel van de vorige ziektekostenverzekering. Zonder dit aangangsel kunnen wij niet overgaan tot opmaak van de ziektekostenpolis.**

3. Gegevens verzekerde(n)

Aandachtspunten:

- Kinderen t/m 17 jaar hebben géén eigen risico op hun ziektekostenverzekering.
- Kinderen t/m 17 jaar zijn gratis verzekerd op basis van dezelfde aanvullende verzekering als de ouder met de meest uitgebreide aanvullende verzekering.
- Voor nieuwe verzekerden geldt voor orthodontie een wachttijd van een jaar.
- De Ondernemers Module kunt u vanaf de 18-jarige leeftijd afsluiten als u zelfstandig ondernemer bent in combinatie met een individuele Basisverzekering Uitgebreid of Optimaal.
- De Aanvulling Jongeren en Tandarts Jongeren zijn alleen af te sluiten vanaf de leeftijd van 18 jaar tot 31 jaar.
- De tandartsverzekeringen kunnen niet afgesloten worden in combinatie met de Aanvulling TotaalZorg en de Aanvulling TotaalZorg Extra.

Zijn de gegevens van de verzekerde gelijk aan die van de verzekeringnemer?

- ja, gegevens bij Volwassene 1 niet invullen.
 nee, gegevens bij Volwassene 1 wel invullen.

Volwassene 1

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____
(Afwijkend) woonadres en huisnummer: _____
Postcode en woonplaats: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Vorige ziektekostenverzekeraar

Waar bent u tot nu toe tegen ziektekosten verzekerd? _____
Onder welk polis/registratienummer: _____
Is/wordt beëindigd per: _____
Reden van overstap: Overstappen van andere ziektekostenverzekeraar
 Onverzekerd per _____
 Afkomstig uit het buitenland per _____
 Bereiken 18-jarige leeftijd
 Anders, namelijk _____

Dekking

Basisverzekering: Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal
Eigen risico (in euro's): 220,- 320,- 420,- 520,- 620,- 720,-
waarvan verplicht eigen risico € 220,-
Aanvullende Verzekering Aanvulling Jongeren Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid
(exclusief tandartskosten): Aanvulling Optimaal nee

Aanvullende Verzekering Aanvulling TotaalZorg Aanvulling TotaalZorg Extra nee
(inclusief tandartskosten):

Comfort Module (vanaf 18 jaar): ja nee
Tandartsverzekering (vanaf 18 jaar): Tandarts Jongeren Tandarts Basis Tandarts Uitgebreid Tandarts Optimaal nee
(Voor de Tandarts Optimaal dient u vraag 14 in te vullen)

Ondernemers Module (vanaf 18 jaar en alleen bij een individuele verzekering): ja nee

Volwassene 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Dekking

Basisverzekering: Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal
Eigen risico (in euro's): 220,- 320,- 420,- 520,- 620,- 720,-
waarvan verplicht eigen risico € 220,-
Aanvullende Verzekering Aanvulling Jongeren Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid
(exclusief tandartskosten): Aanvulling Optimaal nee

Aanvullende Verzekering Aanvulling TotaalZorg Aanvulling TotaalZorg Extra nee
(inclusief tandartskosten):

Comfort Module (vanaf 18 jaar): ja nee
Tandartsverzekering (vanaf 18 jaar): Tandarts Jongeren Tandarts Basis Tandarts Uitgebreid Tandarts Optimaal nee
(Voor de Tandarts Optimaal dient u vraag 14 in te vullen)

Ondernemers Module (vanaf 18 jaar en alleen bij een individuele verzekering): ja nee

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 (Zo nee, dan de juiste gegevens bij vraag 4 invullen)

(Mee)verzekering kinderen vanaf 18 jaar

Kind 1

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

(Afwijkend) woonadres en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Dekking

Basisverzekering: Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Eigen risico (in euro's): 220,- 320,- 420,- 520,- 620,- 720,-
waarvan verplicht eigen risico € 220,-

Aanvullende Verzekering (exclusief tandartskosten): Aanvulling Jongeren Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid
 Aanvulling Optimaal nee

Aanvullende Verzekering (inclusief tandartskosten): Aanvulling TotaalZorg Aanvulling TotaalZorg Extra nee

Comfort Module (vanaf 18 jaar): ja nee

Tandartsverzekering (vanaf 18 jaar): Tandarts Jongeren Tandarts Basis Tandarts Uitgebreid Tandarts Optimaal nee
(Voor de Tandarts Optimaal dient u vraag 14 in te vullen)

Ondernemers Module (vanaf 18 jaar en alleen bij een individuele verzekering): ja nee

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

(Afwijkend) woonadres en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Dekking

Basisverzekering: Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Eigen risico (in euro's): 220,- 320,- 420,- 520,- 620,- 720,-
waarvan verplicht eigen risico € 220,-

Aanvullende Verzekering (exclusief tandartskosten): Aanvulling Jongeren Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid
 Aanvulling Optimaal nee

Aanvullende Verzekering (inclusief tandartskosten): Aanvulling TotaalZorg Aanvulling TotaalZorg Extra nee

Comfort Module (vanaf 18 jaar): ja nee

Tandartsverzekering (vanaf 18 jaar): Tandarts Jongeren Tandarts Basis Tandarts Uitgebreid Tandarts Optimaal nee
(Voor de Tandarts Optimaal dient u vraag 14 in te vullen)

Ondernemers Module (vanaf 18 jaar en alleen bij een individuele verzekering): ja nee

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

(Mee)verzekering kinderen t/m 17 jaar

Kind 1

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Basisverzekering Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Basisverzekering Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 3

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Basisverzekering Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 4

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____

Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____

Basisverzekering Basisverzekering Uitgebreid Basisverzekering Optimaal

Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

4. Afwijkende gegevens verzekerde(n)

vorige ziektekostenverzekeraar

Als een van de personen een ander verzekeringsverleden heeft, dan kunt u dit hieronder opgeven.

Naam en geboortedatum verzekerde: _____

Waar bent u tot nu toe tegen ziektekosten verzekerd? _____

Onder welk polis/registratienummer: _____

Is/wordt beëindigd per: _____

Reden van overstap: Overstappen van andere ziektekostenverzekeraar
 Onverzekerd per _____
 Afkomstig uit het buitenland per _____
 Bereiken 18-jarige leeftijd
 Anders, namelijk _____

5. Betalingstermijn

Premiebetaling per: maand kwartaal halfjaar jaar

6. Betalingswijze

Hoe wilt u de premies betalen? acceptgiro automatische incasso

Hoe wilt u het eigen risico of eigen bijdragen terugbetalen? acceptgiro automatische incasso

Veel nota's betalen wij rechtstreeks aan de zorgverlener. Het eigen risico of een eigen bijdrage vorderen wij bij u terug.

Een machtiging voor een automatische incasso kunt u op elk moment herroepen. De afschrijvingen kunnen steeds binnen 56 dagen ongedaan gemaakt worden. Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt u De Amersfoortse om periodiek de verschuldigde premie (inclusief kosten) van uw rekening af te schrijven.

7. (Post)bankrekeningnummer

(Post)bankrekeningnummer voor automatische incasso: _____ Ten name van: _____ Te: _____

8. Overige mededelingen

8.1 Werd aan u ooit een verzekering van welke aard dan ook geweigerd of opgezegd of werden er beperkende bepalingen of premieverhogingen voorgesteld?

ja nee

Zo ja, door welke maatschappij(en), wanneer en waarom?

8.2 Heeft u nog iets mee te delen (met betrekking tot het te verzekeren risico of uzelf of een andere belanghebbende) dat voor De Amersfoortse voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn?*

ja nee

8.3 Heeft één van de te verzekeren personen elders een aanvullende verzekering afgesloten?

ja nee

Zo ja, welke verzekering bij welke ziektekostenverzekeraar?

* desgewenst kunt u deze informatie vertrouwelijk aan de directie toezenden.

9. Slotverklaring en ondertekening

Door het aanvragen van de ziektekostenverzekering machtigt u ons uw oude ziektekostenverzekering namens u op te zeggen. Dit doen wij via de overstapservice*. Wij gaan er tevens van uit dat u ons machtigt de aanvullende verzekering(en) namens u bij de oude ziektekostenverzekeraar op te zeggen. Indien dit niet het geval is, dient u het onderstaande hokje aan te kruisen.

Ik wil niet dat De Amersfoortse mijn aanvullende verzekeringen namens mij opzegt.

* Bij de overstapservice wordt gebruik gemaakt van de diensten van VECOZO. Via VECOZO wordt ten behoeve van zorgverzekeraar en, voor zover van toepassing, ten behoeve van de aanvullende ziektekostenverzekeraar waar de overstap betrekking op heeft een controle van uw persoonsgegevens uitgevoerd op Externe Verwijzingen via de databank van Stichting CIS. Meer informatie over deze databank vindt u op www.stichtingcis.nl.

Ondergetekende verklaart:

- dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord;
- dat het hem/ haar bekend is dat bij onjuiste en/ of onvolledige beantwoording of verzwijging De Amersfoortse zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren;
- akkoord te gaan met de bij deze verzekering behorende polisvoorwaarden, die na acceptatie van de verzekering zullen worden uitgereikt, maar nu al kunnen worden opgevraagd;
- feiten en omstandigheden met betrekking tot het te verzekeren risico van hem/ haar of een andere belanghebbende die zich voordoen of bekend worden in de periode tussen het invullen van dit aanvraagformulier (inclusief bijbehorende gezondheidsverklaring) en de ingangsdatum van de verzekering direct aan De Amersfoortse mee te delen. (Toelichting: deze aanvullende gegevens zullen deel uitmaken van de reeds gedane verklaringen op het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring op basis waarvan De Amersfoortse het risico beoordeelt.)

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening verzekerde:

Handtekening verzekeringsadviseur:

Relatienummer: _____

U kunt dit formulier in een ongefrankeerde envelop retourneren naar:

De Amersfoortse Verzekeringen
T.a.v. afdeling Ziektekosten Acceptatie
Antwoordnummer 128
3800 VB Amersfoort

U kunt het formulier ook naar ons e-mailen. Het e-mailadres van de afdeling Ziektekosten Acceptatie is ziektekostenacceptatie@amersfoortse.nl.

10. Klachtenregeling

Klachten over onze producten en diensten kunnen in eerste instantie worden voorgelegd aan uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt naar een passende oplossing, zo nodig in overleg met De Amersfoortse.

Indien het overleg met uw verzekeringsadviseur en/of direct betrokkenen van De Amersfoortse geen oplossing biedt, dan kunt u een klacht indienen bij:

De Amersfoortse Cliëntenservice

Postbus 42

3800 AA Amersfoort

(033) 464 25 55 / clientenservice@amersfoortse.nl

Wij verzoeken u hierbij uw naam, adres en polisnummer te vermelden.

Meer informatie is terug te vinden op onze website: www.amersfoortse.nl.

11. Klachteninstanties

Indien binnen zes weken een klacht niet naar tevredenheid wordt opgelost, of er wordt gemotiveerd aangegeven dat de oorspronkelijke beslissing gehandhaafd blijft, kunt u zich wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen,

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoonnummer (030) 698 83 60

Voor meer informatie kunt u kijken op de website: www.skgz.nl.

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) werkt onafhankelijk en onpartijdig. Het doel is het helpen oplossen van problemen tussen verzekerden en de zorgverzekeraars.

Als de zaak bemiddelbaar lijkt, dan wordt de klacht eerst door de Ombudsman Zorgverzekeringen in behandeling genomen. Is de bemiddeling niet succesvol of is de zaak bij binnenkomst al niet bemiddelbaar, dan wordt de klacht behandeld door de Geschillencommissie. De Geschillencommissie brengt een bindend advies uit aan de zorgverzekeraar en aan u. De Geschillencommissie kan een bindend advies uitbrengen voor zowel de basisverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Wanneer u geen gebruik wilt maken van de genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden, of ontevreden bent over de behandeling of de uitkomst, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter, ook al heeft de Geschillencommissie een bindend advies uitgebracht. Indien de Geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht, dan zal de rechter alleen procedureel naar de klacht kijken.

12. Registratie bij toezichthouder AFM

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110828) en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110823), gevestigd aan de Stadsring 15 te Amersfoort, staan onder toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en zijn geregistreerd onder de AFM-nummers 12000605, 12001028 en 12001029. De Amersfoortse Verzekeringen is aanbieder van producten en diensten op het gebied van schade- en levensverzekeringen.

13. Bedenktijd

Na insturen van het aanvraagformulier heeft de verzekeringnemer het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.

- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Toelichting bij de gezondheidsverklaring

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem contact op met De Amersfoortse.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een aanvullende (tandarts)verzekering kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanvraagformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de gezondheidsverklaring. De geneeskundig adviseur van De Amersfoortse geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan De Amersfoortse. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur De Amersfoortse adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren.

Medische gegevens vertrouwelijk

Uw medische gegevens worden, samen met eventuele andere medische stukken in een afzonderlijk archief in een medisch dossier bewaard. Medische gegevens zijn vertrouwelijk en worden ook als zodanig behandeld. Dat wil zeggen dat ze in principe alleen voor de geneeskundig adviseur toegankelijk zijn. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. In wet- en regelgeving is vastgelegd wat wel en niet mag met medische gegevens van een verzekerde. Die bepalingen zijn uitgewerkt in onder andere de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en het hierbij behorende Addendum Zorgverzekeraars en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Daaraan moeten verzekeraars en geneeskundig adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon (070) 3338777 of via de website: www.verzekeraars.nl.

Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop De Amersfoortse laat weten uw aanvraag te accepteren/ weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van De Amersfoortse. Daarvoor zijn twee redenen.

De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan De Amersfoortse.

De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan is er sprake van verzwijging.

U loopt dan de kans dat u geen uitkering krijgt als het erop aan komt. U hebt dan voor niets premie betaald.

Zodra De Amersfoortse u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden.

Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd.

Advies geneeskundig adviseur en bezwaar

U hebt het recht als eerste te horen hoe het advies van de geneeskundig adviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij de gezondheidsverklaring een briefje mee te sturen aan de geneeskundig adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen. U kunt de geneeskundig adviseur vervolgens verzoeken De Amersfoortse niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Bijvoorbeeld als er in staat dat er een hogere premie moet en/of strengere voorwaarden moeten worden vastgesteld. Het zal duidelijk zijn dat in dat geval geen verzekering mogelijk is. Anders gezegd: zonder advies – geen verzekering. Stuur u de (ingevulde en ondertekende) gezondheidsverklaring in, dan gaat De Amersfoortse ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens. Hebt u daar echter wel bezwaar tegen, dan moet u de gezondheidsverklaring niet insturen. Maar ook in dat geval geldt weer: geen gegevens – geen verzekering.

Gezondheidsverklaring

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een aanvullende Tandarts Optimaal verzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier de gestelde vragen volledig in. Lees vóór het invullen de toelichting bij de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van een overtreding van de mededelingsplicht. Dit kan betekenen dat de Tandarts Optimaal verzekering omgezet kan worden in een Tandarts Uitgebreid en dat De Amersfoortse een verzoek om een uitkering kan weigeren.

Als uw gebitssituatie verandert

Als uw gebitssituatie verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering tot stand komt, dan moet u dit direct aan De Amersfoortse doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van De Amersfoortse of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd.

14. Gezondheidsverklaring tandarts verzekering

(Alléén in te vullen indien Tandarts Optimaal wordt aangevraagd)

- 14.1 Bent u de laatste 2 jaar minimaal 1 maal per jaar voor periodiek preventief onderzoek (controle) naar de tandarts geweest? ja nee
- 14.2 Heeft u het afgelopen jaar een parodontologische (tandvlees) behandeling gehad? ja nee
- 14.3 Verwacht uw tandarts binnen een jaar een parodontologische (tandvlees) behandeling? ja nee
- 14.4 Heeft u tanden en/of kiezen die langer dan vijf jaar geleden vervangen zijn door kroon- en brugwerk, implantaten of een gedeeltelijke plaat- of frameprothese? ja nee
- 14.5 Heeft u getrokken of ontbrekende tanden en/of kiezen die binnen 1 jaar vervangen worden door kroon- en brugwerk, implantaten of een gedeeltelijke plaat- of frameprothese? ja nee
- 14.6 Verwacht uw tandarts binnen een jaar een behandeling met kronen, bruggen en/of implantaten? ja nee / n.v.t.

15. Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/ zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/ haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/ zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/ zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening volwassene 1:

Handtekening volwassene 2:

Handtekening(en) van (alle) kinderen vanaf 18 jaar:

Handtekening verzekeringsadviseur:

Relatienummer: _____

U kunt dit formulier in een ongefrankeerde envelop retourneren naar:

De Amersfoortse Verzekeringen

T.a.v. afdeling Ziektekosten Acceptatie

Antwoordnummer 128

3800 VB Amersfoort

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van De Amersfoortse onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.