

Avéro Achmea  
Postbus 57212  
1040 BC Amsterdam  
Nederland  
www.averoachmea.nl

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

Naam verzekeringsadviseur: Guis & Partners

Nummer: 90615

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

Naam bedrijf/organisatie: Stichting Leven Zonder Zorg

Contractnummer: 209002079

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: \_\_\_\_\_

Datum indiensttreding: \_\_\_\_\_ Bent u in actieve dienst:  ja  nee

Was u bij uw vorige verzekeringsmaatschappij collectief verzekerd via uw werkgever?  ja  nee

Datum VUT/pensioen: \_\_\_\_\_

Bent u student?  ja  nee

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

(Post)bankrekeningnummer voor premiebetaling of schadevergoeding: \_\_\_\_\_ Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Ik betaal via:  | Ik betaal per:                    |
| <input type="checkbox"/> automatische betaling aan Avéro Achmea | <input type="checkbox"/> maand*   |
| <input type="checkbox"/> acceptgiro aan Avéro Achmea            | <input type="checkbox"/> kwartaal |
| <input type="checkbox"/> mijn verzekeringsadviseur              | <input type="checkbox"/> halfjaar |
| <input type="checkbox"/> mijn werkgever                         | <input type="checkbox"/> jaar     |

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

**2 Ik vraag deze verzekering aan omdat ik:**

Recht heb op een zorgverzekering per: \_\_\_\_\_

Onverzekerd ben sinds: \_\_\_\_\_

Overstap van andere verzekeraar, nl.: \_\_\_\_\_ Polisnummer vorige verzekeraar: \_\_\_\_\_

Vermeld hieronder de datum van uitschrijving bij de vorige verzekeraar:

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3 **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/sofinr.:	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"/>	_____	_____
6: _____	_____	<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.

4 **Heeft een van de te verzekeren personen een afwijkend adres?**

Ja, nl.: \_\_\_\_\_

Straatnaam: \_\_\_\_\_ Huisnummer + toevoeging: \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

5 **Toetsing verzekeringsplicht (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder):**

	<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
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 Toetsingsformulier Zorgverzekering 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):**

€ 0  € 100  € 200  € 300  € 400  € 500

Als u alleen een zorgverzekering wilt sluiten zonder aanvullende (tandarts)verzekeringen, dan hoeft u dit formulier alleen nog maar te ondertekenen bij vraag 22. Vraag 8 t/m 21 hoeft u dan niet te beantwoorden.

8 **Ik kies de volgende aanvullende verzekering voor alle te verzekeren personen:**

Start  Extra  Royaal  Excellent\*

\* 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 22?

9 **Ik kies de volgende aanvullende tandartsverzekering voor alle te verzekeren personen:**

(alleen voor verzekerden van 22 jaar en ouder)

T Start  T Extra\*  T Royaal\*  T Excellent\*

\* Voor de T Extra, T Royaal en T Excellent geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van T Extra de vraag 16A, bij het aanvragen van T Royaal of T Excellent de vragen 16 en 17 beantwoorden en daarna het formulier ondertekenen bij vraag 22?

10 **Ik kies voor de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering\*\*:**

(alleen voor verzekerden van 18 tot 65 jaar)

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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 de vraag 11 beantwoorden en daarna het formulier ondertekenen bij vraag 22?

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

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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? Zo ja, waarvoor?**

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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? \_\_\_\_\_

**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?**

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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? Zo ja, wat is de sterkte?**

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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

Sterkte: \_\_\_\_\_

**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?**

<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>	<u>Verzekerde 6</u>
<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

Toelichting: \_\_\_\_\_

**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

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

- 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

- 17** Heeft één van de te verzekeren personen op dit moment elders een uitgebreide tandartsverzekering?  ja  nee
- Zo ja, wie  Verzekeringnemer  Verzekerde\*
- Welke verzekeraar? \_\_\_\_\_
- Polisnummer \_\_\_\_\_

## 18 Slotverklaring

**Belangrijk:**  
Lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht, boven aan het aanvraagformulier.

## 19 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>.

## 20 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](http://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](http://www.skgz.nl).

## 21 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 Wijckstraat 55, in (3811 LP) Amersfoort, Nederland.

## 22 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.

Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt Avéro Achmea om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen die voor deze overeenkomst zijn vastgesteld.

Naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_