

Aanvraagformulier De Amersfoortse

1. Gegevens tussenpersoon

Tussenpersoonnummer _____ Kantoor naam _____
Contactpersoon _____ E-mailadres _____
Telefoonnummer _____

2. Gegevens verzekeringnemer

Achternaam _____ Voorletter(s) _____
Woonadres _____ Huisnummer _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Geboortedatum _____ Geslacht man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____
Telefoonnummer _____ E-mailadres _____
Rekeningnummer (IBAN)** _____

3. Gegevens van alle te verzekeren personen

Wilt u als verzekeringnemer meeverzekerd worden op de polis? ja nee

Indien van toepassing vul hieronder de gegevens in van de personen die u wilt meeverzekeren

2. Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____ man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____

3. Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____ man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____

4. Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____ man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____

5. Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____ man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____

6. Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____ man vrouw
Burgerservicenummer _____ Nationaliteit* _____

* Van de te verzekeren personen die niet de Nederlandse nationaliteit hebben, ontvangen wij graag een kopie van de voor- en achterkant van de verblijfsvergunning en een kopie van het paspoort. Personen met een nationaliteit van een land binnen de Europese Unie / EER kunnen volstaan met een kopie van het paspoort of de Europese identiteitskaart.

** Dit rekeningnummer wordt gebruikt voor de vergoeding van declaraties en bij automatische incasso voor premiebetaling, eigen risico, eigen bijdrage en onterechte uitbetalingen tot € 200.

Aanvraagformulier De Amersfoortse

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

- ja, namelijk verzekerde _____
- Adres _____ Huisnummer _____
- Postcode _____ Woonplaats _____

5. Reden aanvraag

Ik vraag deze verzekering aan omdat ik:

- overstap van een andere zorgverzekeraar per 1 januari
- onverzekerd ben per _____
- afkomstig ben vanuit het buitenland per _____
- zelf verzekeringnemer wil worden per _____
- uit actieve militaire dienst ben per _____
- collectief verzekerd ben en wijzig van collectiviteit per _____
- anders, namelijk _____

Vul, indien van toepassing, hieronder de gegevens in van de verzekeraar waar de te verzekeren personen nu een basisverzekering hebben.

verzekerde 1 _____ verzekerde 2 _____ verzekerde 3 _____
verzekerde 4 _____ verzekerde 5 _____ verzekerde 6 _____

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 een 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.

6. Inkomsten uit buitenland

Ontvangt een van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland? ja nee

Zo ja, voor wie geldt dit? verzekerde 1 verzekerde 2 verzekerde 3
 verzekerde 4 verzekerde 5 verzekerde 6

Wij kunnen extra informatie opvragen voor de verzekerde waarbij deze vraag met 'ja' is beantwoord.

Aanvraagformulier De Amersfoortse

7. Basisverzekering

Welke zorgverzekering wilt u?

- | | |
|--------------|--|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> Flexibel (restitutie) |

8. Eigen risico

Naast het verplichte eigen risico van € 385 (2017) kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Hieronder kunt u per te verzekeren persoon aangeven welk vrijwillig eigen risico u wilt.

Kinderen tot 18 jaar hebben geen eigen risico op hun zorgverzekering.

- | | | | | | | |
|--------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> € 100 | <input type="checkbox"/> € 200 | <input type="checkbox"/> € 300 | <input type="checkbox"/> € 400 | <input type="checkbox"/> € 500 |

9. Gewenste aanvullende verzekeringen

Aanvulling algemeen

- | | | | | | |
|--------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> Compact | <input type="checkbox"/> Budget | <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> Uitbereid | <input type="checkbox"/> Optimaal* |

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd op basis van dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringnemer.

* Voor deze aanvullende verzekering geldt een medische selectie. Bij de aanvraag dient u onderstaande Gezondheidsverklaring in te vullen.

Aanvraagformulier De Amersfoortse

Gezondheidsvragen Aanvulling Optimaal

A. Gaat u met lichamelijke klachten op tijd naar uw huisarts of specialist?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

B. Is het te verwachten dat u komend jaar bij een behandelaar voor alternatieve geneeswijzen meer dan 10 behandelingen nodig heeft?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

C. Is het te verwachten dat u komend jaar een hoortoestel, pruik of haarstukje aanschaft?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

D. Is het te verwachten dat u komend jaar een bril aanschaft?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Aanvraagformulier De Amersfoortse

E. Is het te verwachten dat u komend jaar bij een fysiotherapeut meer dan 21 behandelingen nodig heeft?

Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Aanvulling tandheerkunde

Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Extra*	<input type="checkbox"/> Uitgebreid*	<input type="checkbox"/> Optimaal*

* Voor deze aanvullende verzekering geldt een medische selectie. Bij de aanvraag dient u onderstaande Gezondheidsverklaring tandarts verzekering in te vullen.

Gezondheidsverklaring tandarts verzekering

A. Bent u de laatste 2 jaar minimaal 1 maal per jaar voor periodiek preventief onderzoek (controle) naar de tandarts geweest?

Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

B. Heeft u het afgelopen jaar een paradontologische (tandvlees) behandeling gehad?

Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Aanvraagformulier De Amersfoortse

C. Verwacht u of uw tandarts binnen een jaar een paradontologische (tandvlees) behandeling?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

D. 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?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

E. 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?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

F. Verwacht uw tandarts binnen een jaar een behandeling met facing, inlay, kronen, bruggen, implantaten en/of (gedeeltelijke) protheses?

- | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Aanvraagformulier De Amersfoortse

10. Betaling

Ik wil mijn premie betalen per

maand kwartaal halfjaar jaar

Ik wil betalen per

nota automatische incasso (verplicht bij maandbetaling)

Kiest u voor automatische incasso dan verleent u door ondertekening van dit formulier toestemming aan Nedasco/Caresco om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank. Deze toestemming geldt voor de betaling van de premie, het eigen risico, eigen bijdragen en eventueel onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig de opdrachten van Nedasco/Caresco. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

11. Algemene informatie

Hebt u, als verzekeringnemer, of één van de te verzekeren personen, feiten te melden rondom een eventueel strafrechtelijk verleden, die binnen de laatste 8 jaar zijn voorgevallen? Of hebt u, of één van de te verzekeren personen, andere feiten te melden, die voor het beoordelen van deze aanvraag van belang zouden kunnen zijn? ja nee

Zo ja, bijzonderheden: _____

Bent u, als verzekeringnemer, of één van de te verzekeren personen, de afgelopen 5 jaar geweigerd voor een verzekering? Of heeft een verzekeraar uw verzekering opgezegd? ja nee

Zo ja, door welke verzekeraar, wanneer en wat was de reden? _____

Aanvraagformulier De Amersfoortse

12. Ondertekening verzekeringnemer

De verzekeringnemer gaat door ondertekening van dit formulier akkoord met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden*. Inschrijving vindt plaats nadat wij hebben vastgesteld dat de te verzekeren personen aan de voorwaarden voor een zorgverzekering voldoen. De verzekeringsovereenkomst kunnen wij met onmiddellijke ingang opzeggen, als bij het aanvragen van deze verzekering sprake is geweest van opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer of verzekerde.

Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of financiële overeenkomst vragen wij persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;

Door het aangaan van deze overeenkomst geeft u toestemming voor het verwerken, melden en raadplegen van uw (persoons)gegevens ten behoeve van de hierboven genoemde activiteiten. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.nedasco.nl of telefonisch opvragen. Het kan zijn dat wij ten behoeve van de veiligheid en integriteit van de financiële sector uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierop van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Naam _____ Plaats _____
Datum _____ Handtekening _____

* De voorwaarden zijn te raadplegen op www.nedasco.nl of op te vragen bij uw assurantietussenpersoon.

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier sturen naar:

Nedasco B.V.
T.a.v. Afdeling Zorg
Postbus 59
3800 AB Amersfoort

T: 033 – 46 70 870
E: zorg@nedasco.nl