

Aanvraagformulier Avéro Achmea

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 meeverzekerden

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 Avéro Achmea

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.

verzekeringnemer 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? verzekeringnemer 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 Avéro Achmea

7. Collectieve verzekering

Vraagt u een collectieve verzekering aan? ja nee

Zo nee, ga door naar vraag 8

Naam werkgever _____ Collectiviteitnummer* _____
Datum indiensttreding _____ Personeelsnummer** _____

* Het collectiviteitnummer kunt u opvragen bij uw werkgever.

Wij kunnen bij uw werkgever navragen of u recht heeft op deelname aan een collectieve verzekering.

** Indien van toepassing

8. Basisverzekering

Ik kies de volgende basisverzekering

Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Restitutie	<input type="checkbox"/> Zorg Plan Natura

9. 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.

Verzekeringnemer	<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

Aanvraagformulier Avéro Achmea

10. Gewenste aanvullende verzekeringen

Aanvulling algemeen

Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> Intro	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Royaal	<input type="checkbox"/> Excellent*

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

Kinderen onder de 18 jaar mogen geen hogere dekking afsluiten dan de hoogste dekking van één van de ouders.

Gezondheidsverklaring

A Bent u of is één van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een alternatieve genezer of therapeut (artsen en niet-artsen) of verwacht u of één van de te verzekeren personen komend jaar onder behandeling van een alternatieve genezer of therapeut te zijn? Zo ja, wie?

Verzekeringnemer	<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 Bent u of is één van de te verzekeren personen momenteel onder plastisch chirurgische behandeling van een medisch specialist of verwacht u of één van de te verzekeren personen komend jaar onder plastisch chirurgische behandeling van een medisch specialist te zijn? Zo ja, wie?

Verzekeringnemer	<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 Avéro Achmea

C Bent u of is één van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een orthodontist of verwacht u of één van de te verzekeren personen dat dit binnen 1 jaar noodzakelijk zal zijn? Zo ja, wie?

Verzekeringnemer	<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

Zo ja, in welk stadium bevindt de behandeling zich en op welke datum is de beugel geplaatst?

Aanvulling tandheelkunde

Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> T Start <input type="checkbox"/> Tandplus Module A <input type="checkbox"/> Tandplus Module C*	<input type="checkbox"/> T Extra	<input type="checkbox"/> T Royaal* <input type="checkbox"/> Tandplus Module A+ <input type="checkbox"/> Tandplus Module D*	<input type="checkbox"/> T Excellent* <input type="checkbox"/> Tandplus Module B*

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

Aanvraagformulier Avéro Achmea

A Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekeringnemer | <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 Ontbreken er bij één van de te verzekeren personen meer dan 4 tanden en/of kiezen (met uitzondering van verstandskiezen)?

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekeringnemer | <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 |

De ontbrekende tanden en/of kiezen zijn vervangen bij:

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekeringnemer | <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 |

De tanden en/of kiezen ontbreken vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling:

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Verzekeringnemer | <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 Avéro Achmea

C Heeft één van de te verzekeren personen een voorziening zoals een kroon, stifttand, (ets)brug of een (gedeeltelijk) kunstgebit (ook frame of plaatje)?

Verzekeringnemer ja nee

Verzekerde 2 ja nee

Verzekerde 3 ja nee

Verzekerde 4 ja nee

Verzekerde 5 ja nee

Verzekerde 6 ja nee

Zo ja,

Welke voorzieningen zijn dit en hoeveel? _____

Zijn (sommige van de) voorgenoemde voorzieningen ouder dan tien jaar? ja nee

Zo ja,

Welke voorzieningen zijn dit 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?

Verzekeringnemer ja nee

Verzekerde 2 ja nee

Verzekerde 3 ja nee

Verzekerde 4 ja nee

Verzekerde 5 ja nee

Verzekerde 6 ja nee

E Was of is er bij één van de te verzekeren personen sprake van een (uitgebreide) tandvleesbehandeling bij een mondhygiënist of een parodontoloog?

Verzekeringnemer ja nee

Verzekerde 2 ja nee

Verzekerde 3 ja nee

Verzekerde 4 ja nee

Verzekerde 5 ja nee

Verzekerde 6 ja nee

Aanvraagformulier Avéro Achmea

Zo ja, was dit bij een mondhygiënist of een paradontoloog?

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|----|--------------------------|---------------|
| Verzekeringnemer | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> | mondhygiënist | of | <input type="checkbox"/> | paradontoloog |

Was de behandeling om tandvleesproblemen te voorkomen?

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

F Verwacht u of uw tandarts dat één van de te verzekeren personen binnen twee jaar een tandheelkundige behandeling moet ondergaan?

- | | | | | |
|------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| Verzekeringnemer | <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 |

Zo ja, wat voor behandeling(en) verwacht u?

- Uitgebreide tandvleesbehandeling
- Wortelkanaalbehandeling
- Implantaten
- Kro(o)n(en), brug(gen), inlay(s)
- 4 of meer vullingen
- Gedeeltelijk of volledig kunstgebit

Aanvraagformulier Avéro Achmea

11. 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.

12. Algemene informatie

Heeft 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 Avéro Achmea

13. 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