

Tandheelkundig vragenformulier Avéro Achmea

1. Gegevens verzekeringnemer

Achternaam _____ Voorletter(s) _____
Woonadres _____ Huisnummer _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Geboortedatum _____ Geslacht man vrouw
Burgerservicenummer _____ E-mailadres _____
Telefoonnummer _____ Relatienummer _____

2. Gegevens van de te verzekeren personen

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

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

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

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

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

Tandheelkundig vragenformulier Avéro Achmea

3. Aangevraagde aanvulling tandheerkunde

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

4. Tandheelkundige verklaring

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

Tandheelkundig vragenformulier Avéro Achmea

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 |

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 | <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,

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 | <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 |

Tandheelkundig vragenformulier Avéro Achmea

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

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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, 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 één van de te verzekeren personen een tandheelkundige behandeling?

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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

Tandheelkundig vragenformulier Avéro Achmea

5. Hebben de te verzekeren personen bij hun huidige zorgverzekeraar de meest uitgebreide tandartsverzekering?

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

6. 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 Nedasco heb gehandeld, heeft Nedasco het recht de verzekering op te zeggen.

Ik ga ermee akkoord dat mijn gegevens worden gebruikt voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst, fraudepreventie en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Hierop is de G

edragcode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de 'Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van kracht. Deze documenten zijn te vinden op www.nedasco.nl of op te vragen via telefoonnummer 033 – 46 70 870.

Daarnaast ga ik ermee akkoord dat voor een verantwoord acceptatiebeleid Nedasco mijn gegevens kan raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in 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 is te vinden op www.stichtingcis.nl

Naam _____ Plaats _____
Datum _____ Handtekening _____

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

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