

## Gezondheidsvragenformulier De Amersfoortse

---

### 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 \_\_\_\_\_

---

### 3. Aangevraagde aanvullende verzekering

Verzekeringnemer  Optimaal  
Verzekerde 2  Optimaal  
Verzekerde 3  Optimaal  
Verzekerde 4  Optimaal  
Verzekerde 5  Optimaal  
Verzekerde 6  Optimaal

## Gezondheidsvragenformulier De Amersfoortse

**4. Gezondheidsvragen**

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

Verzekeringnemer  ja  neeVerzekerde 2  ja  neeVerzekerde 3  ja  neeVerzekerde 4  ja  neeVerzekerde 5  ja  neeVerzekerde 6  ja  nee

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

Verzekeringnemer  ja  neeVerzekerde 2  ja  neeVerzekerde 3  ja  neeVerzekerde 4  ja  neeVerzekerde 5  ja  neeVerzekerde 6  ja  nee

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

Verzekeringnemer  ja  neeVerzekerde 2  ja  neeVerzekerde 3  ja  neeVerzekerde 4  ja  neeVerzekerde 5  ja  neeVerzekerde 6  ja  nee

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

Verzekeringnemer  ja  neeVerzekerde 2  ja  neeVerzekerde 3  ja  neeVerzekerde 4  ja  neeVerzekerde 5  ja  neeVerzekerde 6  ja  nee

## Gezondheidsvragenformulier De Amersfoortse

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

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

**5. 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 Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van kracht. Deze documenten zijn te vinden op [www.nedasco.nl](http://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](http://www.stichtingcis.nl)

Naam \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

\* De voorwaarden zijn te raadplegen op [www.nedasco.nl](http://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](mailto:zorg@nedasco.nl)