



## Tandheelkundig vragenformulier VGZ

---

### 1. Gegevens verzekeringnemer

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

---

### 2. Gegevens van alle 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 aanvulling tandheeskunde

|              |                                     |                                    |
|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> Tand Beter | <input type="checkbox"/> Tand Best |

## Tandheelkundig vragenformulier VGZ

---

### 4. Tandheelkundige verklaring

A Zijn de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder de afgelopen twee jaar voor een jaarlijkse controle bij 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 Verwachten de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder binnen nu en twee jaar één of meer van de volgende behandelingen? Of zijn de te verzekeren personen gestart met één of meer behandelingen voor:

- vervanging van 6 of meer vullingen
- twee of meer kronen
- één of meer brug(gen)
- één of meer implanta(a)t(en)
- een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame)
- een uitgebreide tandvleesbehandeling (paradontale 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 |

C Verwachten de te verzekeren personen vanaf 8 jaar binnen nu en twee jaar een orthodontiebehandeling? Of zijn de te verzekeren personen vanaf 8 jaar gestart met een orthodontiebehandeling?

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

Wij behouden ons het recht voor de door u opgegeven informatie te controleren bij uw tandarts.



## Tandheelkundig vragenformulier VGZ

---

### 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 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](mailto:zorg@nedasco.nl)