

Tussenpersoon

Naam: _____

**Bedrijf/Instelling
naam en nummer:**

Deze aanmelding betreft:

 Nieuwe verzekering Wijziging cliëntnummer _____Deze
ruimte
svp niet
beschrijven**1. Gegevens aanvrager**

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/woonplaats: _____

Ongehuwd Gehuwd Samenwonend Tel. huis: _____

Beroep: _____ Tel. bedrijf: _____

Huisarts (naam, adres, telefoon): _____

2. Gegevens te verzekeren personen

Achternaam	Voornaam	Geboorte Datum	M/V	Lengte in cm	Gewicht in kg	Sofinr.
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Gegevens collectieve verzekering

a. Gegevens verplichte collectieve modules

Basisfit
 Benefit XL Module
 Optifit XL Module
 Topfit Module
 Tandplus A
 Tandplus B
 Tandplus C
 Klasse 2A voor volwassenen
 Klasse 2B voor volwassenen

b. Gegevens vrij te kiezen individuele modules

Verzekerdenummer	1	2	3	4	5	6	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benefit XL Module
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optifit XL Module met tandplus A
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optifit XL Module met tandplus B
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Topfit Module met tandplus B
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Topfit Module met tandplus C
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Module klassedekking 2A
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Module klassedekking 2B

c. Gewenste ingangsdatum: _____

d. Eigen risico per gezin/alleenstaande: € _____

e. Bank/girokekening voor uitkeringen (Post) banknr.: _____

4. Gegevens vorige verzekering

- a. Hoe was u tot nu toe verzekerd? Ziekenfonds nl.: _____ Particulier nl.: _____
- b. Eindigt deze verzekering?: Nee Ja
Zo ja, per wanneer? _____
- c. Reden beëindiging: _____
- d. Welke personen hebben thans een (Stu-
denten-) Standaardpakket Polis: _____
- e. Wanneer bent u in dienst getreden bij uw
huidige werkgever: _____
-

5. Gegevens AWBZ

- a. Werkt u of één van de andere te verzekeren personen in Nederland, of ontvangt iemand
een Nederlandse sociale uitkering? Nee Ja
- b. Verblijven alle te verzekeren personen reeds langer dan 12 maanden in Nederland? Nee Ja
-

6. Is iemand de laatste 5 jaar in een ziekenhuis, psychiatrische Nee Ja
inrichting, rust-, kuur- of herstellingsoord opgenomen geweest?
Wie en waarvoor? _____
Wanneer en hoe lang? _____
-

7. Heeft iemand van de te verzekeren personen thans één van de Wie, waarvoor en hoe lang
onderstaande aandoeningen of in de laatste 3 jaar gehad?
- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Leverziekte | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierziekte | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aandoeningen van de longen en/of luchtwegen | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| hart- en vaataandoeningen en/of hartklachten | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Enigerlei vorm van kanker | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Suikerziekte | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Reuma | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aandoeningen van het zenuwstelsel | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Beroerte en/of verlamming | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bloedziekte | Nee <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
-

8. Gebruikt iemand thans medicijnen? Nee Ja Verz.nr. _____
Zo ja, welke medicijnen? _____
-

9. Zijn er tanden of kiezen waarvoor u voorziet dat behandeling zal Nee Ja Bij wie? _____
plaatsvinden door middel van kronen of bruggen? _____
-

10. Is voor iemand behandeling, onderzoek of ziekenhuisopname nodig? Nee Ja _____
Zo ja, voor wie en waarvoor? _____
-

11. Zijn alle personen thans genezen, lichamelijk en geestelijk gezond en Nee Ja _____
vrij van klachten?
Zo nee, welke klachten bestaan er nu nog? _____
-

Ondergetekende verklaart, dat hij alle vragen nauwkeurig en overeenkomstig de waarheid heeft beantwoord en dat hij geen enkele bijzonderheid heeft verzwegen of verkeerd heeft voorgesteld. Hij verklaart, dat hij bekend is met de algemene voorwaarden van de verzekering en met het feit dat bij onjuiste of onvolledige beantwoording of verzwijging de verzekering nietig kan worden verklaard, op grond van artikel 251 W.v.K.

(woonplaats) _____ (datum) _____ (handtekening) _____

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nog nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.