

Aanvraagformulier Aanvullend Tand



Met dit formulier vraagt u een zorgverzekering aan. Wilt u dit formulier met blauwe of zwarte pen invullen? U vraagt uw zorgverzekering sneller aan op www.zilverenkruis.nl. U hoeft dit formulier dan niet in te vullen.

1 Mijn gegevens (verzekeringnemer)

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Anders	<input type="text"/>			
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telefoonnummer privé	<input type="text"/>	Telefoonnummer mobiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mailadres	<input type="text"/>			Relatienummer	<input type="text"/>

2 Andere verzekerden

Wie meldt u aan voor de verzekering? (vul het formulier alleen in voor personen van 18 jaar en ouder)

Ik meld mijzelf ook aan. Ik hoef mijn gegevens hieronder niet meer in te vullen. Ik meld mijzelf niet aan.

Verzekerde 1	Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Relatienummer	<input type="text"/>				
Verzekerde 2	Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Relatienummer	<input type="text"/>				
Verzekerde 3	Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Relatienummer	<input type="text"/>				
Verzekerde 4	Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Relatienummer	<input type="text"/>				

3 Aanvullend Tand

Aanvullend Tand	Basis	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★★★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★★★★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

★of★★ Als u de Aanvullend Tand ★of★★sterren aanvraagt, hoeft u geen vragen over uw gebit te beantwoorden. U hoeft alleen uw handtekening te plaatsen.

★★★of★★★★ Als u de Aanvullend Tand ★★★of★★★★aanvraagt, vul dan de vragen bij 3.1 in.

3.1 Extra vragen bij Aanvullend Tand ★★★ of★★★★sterren

A Bent u in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?

Ja Nee Zo nee, wie niet? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

B Mist u meer dan 4 tanden en/of kiezen? U hoeft verstandskiezen niet mee te tellen.

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Zijn de missende tanden en/of kiezen vervangen?

Ja Nee Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Missen de tanden en/of kiezen vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling?

Ja Nee Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

C Heeft één van de te verzekeren personen een voorziening, bijvoorbeeld: kronen/stifttanden, (ets)bruggen, implantaten of een (gedeeltelijk) kunstgebit (ook frame of plaatje)?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke voorzieningen en hoeveel

Zijn de voorzieningen ouder dan 10 jaar?

Ja Nee Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke voorzieningen en hoeveel?

D Heeft één van de te verzekerde personen bij meer dan 2 tanden en/of kiezen een wortelkanaalbehandeling gehad en is daar geen kroon op geplaatst?

Ja Nee Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

E Krijgt/kreeg één van de te verzekerden personen een (uitgebreide) tandvleesbehandeling bij een paradontoloog of een mondhygiënist?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Van wie kreeg u de behandeling? Parodontoloog Mondhygiënist

Krijgt/kreeg u de behandeling om tandvlees problemen te voorkomen?

Ja Nee

F Verwacht één van de te verzekeren personen de komende 2 jaar een tandheelkundige behandeling?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke behandeling? Uitgebreide tandvleesbehandeling Kro(o)n(en), brug(gen), inlay(s)

Wortelkanaalbehandeling vier of meer vullingen

Implantaten Gedeeltelijk of volledig kunstgebit

G Heeft één van de te verzekeren personen ergens anders een uitgebreide tandartsverzekering?

Ja Nee Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

4 Ondertekening verzekeringnemer

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat:

- alle informatie die u gaf, klopt
- u geen belangrijke informatie geheim heeft gehouden
- u geen aanvullende verzekering krijgt als het formulier niet helemaal is ingevuld of als de informatie op het formulier niet klopt
- onze medische adviseur uw tandheelkundige gegevens mag lezen
- u weet dat wij uw verzekering mogen stoppen of weigeren als uw gegevens niet kloppen
- u weet dat u premie moet betalen als de polis begint.

Datum - -

Handtekening verzekeringnemer

--

Stuur dit formulier in een envelop zonder postzegel naar: Zilveren Kruis, Serviceteam Polis, Antwoordnummer 10290, 2300 VB Leiden.