

Aanvraagformulier Principe Polis

De toelichting helpt u bij het invullen van dit formulier

AUB volledig invullen in blokletters met blauwe of zwarte pen

1 Gegevens aanvrager (= verzekeringnemer)

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	-	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN*
Nationaliteit**	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders		
Straatnaam	Huisnr.		Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land
Telefoon (privé)	Telefoon (werk)		
Telefoon mobiel	E-mailadres		

2 Ik meld de volgende personen aan voor de Principe Polis (lees eerst de toelichting bij vraag 2)

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

Verzekerde 1	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
	Geboortedatum	-	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
	BSN*		Relatie t.o.v. de verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit**	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders		
Verzekerde 2	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
	Geboortedatum	-	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
	BSN*		Relatie t.o.v. de verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit**	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders		
Verzekerde 3	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
	Geboortedatum	-	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
	BSN*		Relatie t.o.v. de verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit**	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders		
Verzekerde 4	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
	Geboortedatum	-	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
	BSN*		Relatie t.o.v. de verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit**	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders		

3 Correspondentieadres

Straatnaam	Huisnr.		Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land

4 Deelname collectiviteit (lees eerst de toelichting bij vraag 4)

Naam collectiviteit	
Collectiviteitsnummer	Registratienummer

Welk gezinslid is lid van of werkt bij deze organisatie? Of welk gezinslid ontvangt een uitkering van deze instantie? (Meerdere gezinsleden mogelijk)

Mijzelf Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

5 Toetsing verzekeringsplicht (alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Heeft u een persoonlijk inkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ontvangt u uw persoonlijk inkomen uit	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide

6 Uw situatie. Waarom vraagt u een basisverzekering aan: (lees eerst de toelichting bij vraag 6)

<input type="checkbox"/> Overstap van andere verzekeraar per 1 januari	<input type="checkbox"/> Afkomstig buitenland	op		-		-	
<input type="checkbox"/> Onverzekerd sinds	<input type="checkbox"/> Ik wil zelf verzekeringnemer worden	op		-		-	
<input type="checkbox"/> Anders nl	<input type="checkbox"/> Ontstaan nieuw recht op basisverzekering	op		-		-	
	<input type="checkbox"/> Ik ben collectief verzekerd en wijzig van collectiviteit op	op		-		-	

* Vergeet u niet om uw BSN in te vullen? Zonder uw BSN kunnen wij uw aanmelding niet in behandeling nemen.

** Als u of één van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, voeg dan een kopie toe van het vreemdelingendocument. Is het een nationaliteit van een land binnen de EU of EER, dan is een kopie van het paspoort voldoende.

7 Aanvullende verzekeringen	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Principe Plus Polis 1 ster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principe Plus Polis 2 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principe Plus Polis 3 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Principe Plus Polis 4 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.1 Aanvullende vraag Principe Plus Polis 4 sterren (alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)

Heeft u of één van de te verzekeren personen de afgelopen 12 maanden meer dan 20 behandelingen fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie (Cesar/Mensendieck) gehad of verwacht u de komende 12 maanden meer dan 20 behandelingen?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

8 Tandartsverzekeringen (alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Tandarts Polis 1 ster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts Polis 2 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts Polis 3 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts Polis 4 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.1 Aanvullende vragen Tandarts Polis 2, 3 en 4 sterren (alleen invullen als u één van deze verzekeringen aanvraagt)

Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Hebben de te verzekeren personen bij hun huidige verzekeraar de meest uitgebreide tandartsverzekering?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Wat is de naam van uw huidige tandartsverzekering?

9 Klassenverzekering	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Ziekenhuis Extra Pakket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.1 Aanvullende vraag Ziekenhuis Extra Pakket (alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)

Is er nu bij één van de te verzekeren personen sprake van opname in een ziekenhuis of is er een opname in een ziekenhuis gepland?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

10 Huidige verzekeraar. Heeft u nu een basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar, vult u dan hieronder de gegevens in van deze verzekeraar. Let op: deze gegevens ook invullen als uw huidige basisverzekering al is beëindigd.

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Huidige verzekeraar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Als service zegt de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen, Zilveren Kruis Achmea N.V. uw basisverzekering en Achmea Zorgverzekeringen N.V. eventuele aanvullende verzekeringen op bij uw huidige zorgverzekeraar. Dit geeft u de zekerheid dat u straks niet dubbel verzekerd bent. Wilt u dit niet?

Dan kunt u dat hieronder aangeven. De keuze die u maakt geldt voor alle personen op het formulier.

- Nee, ik maak alleen gebruik van de opzegservice voor de basisverzekering.
 Nee, ik maak alleen gebruik van de opzegservice voor de aanvullende verzekeringen.
 Nee, ik heb zelf opgezegd en mijn verzekering is beëindigd per - -

11 Vrijwillig eigen risico (alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/>	€ 0,-	<input type="checkbox"/>	€ 0,-	<input type="checkbox"/>	€ 0,-
<input type="checkbox"/>	€ 100,-	<input type="checkbox"/>	€ 100,-	<input type="checkbox"/>	€ 100,-
<input type="checkbox"/>	€ 200,-	<input type="checkbox"/>	€ 200,-	<input type="checkbox"/>	€ 200,-
<input type="checkbox"/>	€ 300,-	<input type="checkbox"/>	€ 300,-	<input type="checkbox"/>	€ 300,-
<input type="checkbox"/>	€ 400,-	<input type="checkbox"/>	€ 400,-	<input type="checkbox"/>	€ 400,-
<input type="checkbox"/>	€ 500,-	<input type="checkbox"/>	€ 500,-	<input type="checkbox"/>	€ 500,-

12 Betaling premie, eigen risico, eigen bijdrage en andere vorderingen (lees eerst de toelichting bij vraag 12)

Mijn rekeningnummer is

Ik betaal de premie per Maand Kwartaal Half jaar Jaar

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V./Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen, schrijft de bedragen aan premie, eigen risico, eigen bijdrage en overige vorderingen van uw rekening af. Door dit formulier te ondertekenen geeft u hiervoor toestemming.

13 Ondertekening verzekeringnemer

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de overeenkomst ongeldig kan worden verklaard. Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen Achmea voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Achmea kan uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS wordt hierbij toegepast.

Datum - - Handtekening
 verzekeringnemer

**Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier op naar DVZ Zorgverzekeringen, t.a.v. Klantenservice
 Antwoordnummer 93210, 2200 XB Noordwijk. Een postzegel plakken is niet nodig.**