

Advieskeuze zorgverzekering

Persoonlijke gegevens

Naam : _____ m v
Adres : _____
Postcode/woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____
E-mail : _____
BSN-nummer : _____ IBAN : _____
Aantal kinderen op polis : < 18 jaar : _____ ≥18 jaar : _____

Wilt u uw partner meeverzekeren? ja nee

Gespreide betaling verplicht eigen risico? ja nee

Wensen aanvullende verzekering

Fysiotherapie

nee
1 tot 10 keer per jaar
10 tot 20 keer per jaar
meer dan 20 keer per jaar

Homeopathie

nee
1 tot 10 keer per jaar
meer dan 10 keer per jaar

Alternatieve geneeswijzen

nee
1 tot 10 keer per jaar
meer dan 10 keer per jaar

Brillen en lenzen

nee
€ 35,- per glas/contactlens, max.
€ 70,- per 2 jaar (let op, vanaf
6 dioptrieën oogafwijking)
€ 137,- per 2 jaar (vanaf 0,25 dioptrieën)
€ 300,- per 3 jaar (vanaf 0,25 dioptrieën)

Tandarts

nee
standaard behandelingen 100%, overige
behandelingen 75%, max. € 250,- per jaar
100%, max. € 350,- per jaar
100%, max. € 450,- per jaar
100%, max. € 500,- per jaar

Orthodontie

nee
voor volwassenen
voor kinderen tot 18 jaar
voor zowel volwassenen als voor kinderen
tot 18 jaar

Kraamzorg en bevalling

nee
50% kraamzorg
50% kraamzorg, € 115,- voor bevalling in
het ziekenhuis
100% kraamzorg, 100% voor bevalling in
het ziekenhuis

Anticonceptie

nee ja

Polisgegevens

Huidige maatschappij : _____
Polisnummer : _____
Huidige dekking : _____
Huidige premie p.mnd. : € _____

Ondertekening

Ik geef mijn tussenpersoon toestemming de ingevulde gegevens te gebruiken om mij een persoonlijk advies met betrekking tot de zorgverzekering te geven.

Naam : _____
Datum : _____
Plaats : _____