

20 Slotverklaring

Belangrijk:
Lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht, boven aan het aanvraagformulier.

21 Privacy

Voor de aanvraag van een verzekering of een financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, ter voorkoming en bestrijding van fraude, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement. Wij kunnen persoonsgegevens ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u hier geen prijs op stelt, dan kunt u dit schriftelijk bij ons melden: Avéro Achmea, Postbus 57212, 1040 BC Amsterdam.

22 Toepasselijk recht en geschillen

Op de verzekeringen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Vanzelfsprekend doen wij ons uiterste best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch is het mogelijk dat u ergens ontevreden over bent. Neemt u in zo'n geval eerst contact op met uw adviseur of contactpersoon. Wilt u toch een klacht indienen dan kan dit per e-mail via onze website www.averoachmea.nl ("klacht doorgeven") of schriftelijk bij Avéro Achmea, t.a.v. Klachtenbureau Avéro Achmea, Postbus 57212, 1040 BC Amsterdam. Als wij er naar uw mening niet in slagen het probleem naar uw tevredenheid op te lossen kunt u zich wenden tot de erkende geschilleninstantie waarbij wij zijn aangesloten: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. (030) 698 83 60, www.skgz.nl.

23. Over Avéro Achmea

Avéro Achmea is een aanbieder van verzekeringsproducten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van onafhankelijke bemiddelaars en adviseurs. Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12000647 en van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Utrecht, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12001023. Het kantoor van Avéro Achmea bevindt zich aan de Gatwickstraat 1 in (1043 GK) Amsterdam, Nederland. www.averoachmea.nl

24 Ondertekening verzekeringsnemer

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 Avéro Achmea heb gehandeld, heeft Avéro Achmea het recht de verzekering op te zeggen.

Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt Avéro Achmea om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen die voor deze overeenkomst zijn vastgesteld.

Naam: _____ Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Avéro Achmea
 Gatwickstraat 1
 1043 GK Amsterdam
 Nederland
 Postbus 57212
 1040 BC Amsterdam
 Nederland
www.averoachmea.nl

Deelname in een collectiviteit van een bedrijf of organisatie? Nee Ja

Naam bedrijf/organisatie: Eveen Zorg Leden / Jos Kamp Assurantien Contractnummer: 21497055

Nieuwe aanvraag Wijziging op polisnummer: _____ Gewenste ingangsdatum: _____ (dd/mm/jjjj)

Belangrijk: toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

1. Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt en wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen uw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij ons bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.
 2. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat wij u hebben bericht over onze definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan ons mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier dat u, tezamen met de op de aangevraagde verzekeringsdekking van toepassing zijnde voorwaarden van verzekering, in tweevoud ter hand is gesteld.
 3. Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van ons heeft gehandeld of wij bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, hebben wij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

1 Mijn gegevens (= verzekeringsnemer):

Naam: _____ Voorletter(s): _____

Woonadres: _____ Huisnummer: _____ Geboortedatum: _____

Postadres: _____

Postcode/woonplaats: _____ Geslacht: Man Vrouw

Land: _____ Nationaliteit: _____

Datum indiensttreding: _____ Bent u in actieve dienst: ja nee

Was u bij uw vorige verzekeringsmaatschappij collectief verzekerd via uw werkgever? ja nee

Datum VUT/pensioen: _____ ja nee

Bent u student? ja nee

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

(Post)bankrekeningnummer voor premiebetaling of schadevergoeding: _____ BSN/sofinummer: _____

* Bij keuze voor maandbetaling aan Avéro Achmea vindt de incasso altijd automatisch plaats. U machtigt ons hiervoor met ondertekening van het aanvraagformulier.

2 Ik vraag deze verzekering aan omdat ik:

Recht heb op een zorgverzekering per: _____

Onverzekerd ben sinds: _____ Polisnummer vorige verzekeraar: _____

Overstap van andere verzekeraar*, nl.: _____

Vermeld hieronder de datum van uitschrijving bij de vorige verzekeraar:

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

* Graag uw uitschrijfbewijs van uw vorige verzekeraar met dit formulier meesturen. Als u nog geen uitschrijfbewijs ontvangen heeft, dan graag zo snel mogelijk opsturen.

3 **1. Ik (= verzekeringsnemer) meld mij aan voor de zorgverzekering** ja nee

2. Tevens meld ik alle onderstaande personen aan voor de zorgverzekering:

Naam, tussenvoegsel(s) en voorletters:	BSN/sofinr.:	Geboortedatum:	Nationaliteit:
1:	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>		
2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Als een van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, graag dan een kopie van een geldig verblijfsdocument (voor- en achterzijde) opsturen en een kopie van het paspoort met een eventuele verblijfsaantekening. Voor personen met een EU/EER-nationaliteit volstaat een kopie van het paspoort of een Europese identiteitskaart.

4 **Heeft een van de te verzekeren personen een afwijkend adres?**

Ja, nl.:

 Straatnaam: Huisnummer + Toevoeging: _____

Postcode/Woonplaats: _____

Land: _____
 Telefoonnummer: _____

5 **Toetsing verzekeringsplicht (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder):**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Is bij een van de te verzekeren personen vraag 5.2 met 'ja' beantwoord, dan vragen wij u het Toetsingsformulier Zorgverzekering in te vullen.

6 **Ik kies de volgende basisverzekering voor alle te verzekeren personen:**

Keuze Zorg Plan (restitutie) Zorg Plan (restitutie/Natura)

7 **Keuze vrijwillig eigen risico per kalenderjaar (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder):**

€ 0 € 100 € 200 € 300 € 400 € 500

8 **Ik kies de volgende aanvullende verzekering voor alle te verzekeren personen:**

Start Extra Royaal Excellent*

* Voor de Excellent geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van deze dekking vraag 12 t/m 17 beantwoorden? Het kan zijn dat er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is. In dat geval heeft de beantwoording van deze vragen geen invloed op de beoordeling van uw aanvraag.

9 **Ik kies de volgende aanvullende tandartsverzekering voor alle te verzekeren personen:**

(alleen voor verzekerden van 22 jaar en ouder)

T 250 T 500 T 1000* T xtra*

* Voor de T xtra en de T 1000 geldt een medische beoordeling. Wanneer u een van deze verzekeringen aanvraagt, dan ontvangt u van ons een tantheekkundig keuringsrapport, dat door uw tandarts moet worden ingevuld. Avéro Achmea betaalt de kosten hiervan. Het kan zijn dat er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is. In dat geval heeft de beantwoording van deze vragen geen invloed op de beoordeling van uw aanvraag.

10 **Ik kies voor de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering**:**

(alleen voor verzekerden van 18 tot 65 jaar)

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

** Voor de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering geldt een medische beoordeling. Wilt u bij het aanvragen van deze dekking de vragen 11 en 17 beantwoorden?

11 **Verwacht een van de te verzekeren personen binnen een jaar een ziekenhuisopname:**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

12 **Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling bij een specialist, fysiotherapeut of andere zorgverlener of is dit in de afgelopen 2 jaar het geval geweest? Zo ja, waarvoor?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toelichting: _____

13 **Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een alternatief genezer of is dit in de afgelopen 2 jaar het geval geweest? Zo ja, wat voor alternatief genezer en wat voor behandeling?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toelichting: _____

14 **Gebruikt een van de te verzekeren personen momenteel (alternatieve) geneesmiddelen of is dit in de afgelopen 2 jaar het geval geweest? Zo ja, welk geneesmiddel (naam en dosering) en waarvoor?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toelichting: _____

15 **Heeft een van de te verzekeren personen een bril of contactlenzen? Zo ja, wat is de sterkte?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Sterkte: _____

16 **Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling van een orthodontist of is u bekend of vermoedt u dat dit binnen één jaar noodzakelijk zal zijn? Zo ja, wie? In welk stadium bevindt de behandeling zich?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toelichting: _____

17 **Zijn alle te verzekeren personen thans lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten? Zo nee, welke klachten bestaan er nu dan nog?**

Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4	Verzekerde 5	Verzekerde 6
<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toelichting: _____

18 **Heeft een verzekeraar ooit u een verzekering geweigerd of opgezegd?**

Nee

Ja, hier nader omschrijven:

Soort verzekering: _____ Maatschappij: _____ Datum: _____

Wegens _____

19 **Strafrechtelijk verleden (zie ook de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht)**

Bent u of is een andere belanghebbende bij deze verzekering, in de laatste acht jaar, als verdachte of ter uitvoering van een opgelegde (straf)maatregel, in aanraking geweest met politie of justitie in verband met:

- wederrechtelijk verkregen of te verkrijgen voordeel, zoals diefstal, verduistering, bedrog, nee ja
- oplichting, valsheid in geschrifte of poging(en) daartoe; nee ja
- wederrechtelijke benadeling van anderen, zoals vernieling of beschadiging, mishandeling, afpersing en afdreiging (chantage) of enig misdrijf gericht tegen de persoonlijke vrijheid of tegen het leven of poging(en) daartoe; nee ja

Zo ja, geef dan aan om welk strafbaar feit het ging, of het tot een rechtszaak is gekomen, wat het resultaat daarvan was en of eventuele (straf)maatregelen al ten uitvoer zijn gelegd. Indien het niet tot een rechtszaak is gekomen, geef dan aan of er sprake is geweest van een schikking met het Openbaar Ministerie en, zo ja, tegen welke voorwaarden de schikking tot stand kwam.

(U kunt deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.)