

Aanvraagformulier Aanvullende verzekering (zonder Basisverzekering)**Gegevensverwerking**

Bij deze aanvraag worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door De Amersfoortse verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van deze verzekeringsovereenkomst en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het plegen van regres.

1. Gegevens verzekeringnemer

Naam contractant (werkgever, vereniging, e.d. indien collectief verzekerd):

TCF 2600154957Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____

Woonadres en huisnummer

(Geen post- of bedrijfsadres): _____

Postcode en woonplaats: _____

Correspondentieadres (indien afwijkend): _____

Telefoonnummer: _____

(Post)bankrekeningnummer voor uitbetaling

ziektetekostendeclaraties: _____ Ten name van: _____ Te: _____

Wat is uw nationaliteit:

 Nederlandse Andere, namelijk: _____

Ingangsdatum: _____

2. Gegevens van de te verzekeren personen

Aandachtspunten:

- Kinderen t/m 17 jaar zijn gratis verzekerd op basis van dezelfde aanvullende verzekering als de ouder met de meest uitgebreide aanvullende verzekering.
- Voor orthodontie geldt een wachttijd van een jaar. Dit geldt als u een nieuwe of andere aanvullende verzekering sluit (zowel bestaande als nieuwe verzekerden).
- De Ondernemers Module kunt u vanaf 18-jarige leeftijd afsluiten als u zelfstandig ondernemer bent in combinatie met een individuele Basisverzekering Uitgebreid of Optimaal.

Verzekerde 1Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____

(Afwijkend) woonadres en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Lengte: _____ Gewicht: _____

Nationaliteit:

 Nederlandse Andere, namelijk: _____

Bent u (ook) werkzaam als zelfstandig ondernemer?

 ja nee**Vorige ziektekostenverzekeraar**

Waar bent u tot nu toe tegen ziektekosten verzekerd? _____

Onder welk polis/registratienummer: _____

Dekking Aanvullende Verzekering: Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid Aanvulling Optimaal Comfort Module (vanaf 18 jaar) Ondernemers Module (vanaf 18 jaar)

Verzekerde 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
Lengte: _____ Gewicht: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
Bent u (ook) werkzaam als zelfstandig ondernemer? ja nee
Dekking:
 Aanvullende Verzekering: Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid Aanvulling Optimaal
 Comfort Module (vanaf 18 jaar)
 Ondernemers Module (vanaf 18 jaar)
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 (Zo nee, dan de juiste gegevens bij vraag 3 invullen)

(Mede)verzekering kinderen vanaf 18 jaar

Kind 1

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
(Afwijkend) woonadres en huisnummer: _____
Lengte: _____ Gewicht: _____
Postcode en woonplaats: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
 Aanvullende Verzekering: Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid Aanvulling Optimaal
 Comfort Module (vanaf 18 jaar)
 Ondernemers Module (vanaf 18 jaar)
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
(afwijkend)Woonadres en huisnummer: _____
Lengte: _____ Gewicht: _____
Postcode en woonplaats: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
 Aanvullende Verzekering: Aanvulling Budget Aanvulling Basis Aanvulling Uitgebreid Aanvulling Optimaal
 Comfort Module (vanaf 18 jaar)
 Ondernemers Module (vanaf 18 jaar)
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

(Mede)verzekering kinderen t/m 17 jaar

Kind 1

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 2

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 3

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

Kind 4

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Sofinummer/BSN-nummer: _____
Nationaliteit: Nederlandse
 Andere, namelijk: _____
Vorige ziektekostenverzekeraar: Idem als volwassene 1 Idem als volwassene 2

3. Afwijkende gegevens verzekerde(n)

Vorige ziektekostenverzekeraar

Als een van de personen een ander verzekeringsverleden heeft, dan kunt u dit hieronder opgeven.

Naam en geboortedatum verzekerde: _____
Waar bent u tot nu toe tegen ziektekosten verzekerd? _____
Onder welk polis/registratienummer: _____
Is/wordt beëindigd per: _____
Reden: _____

4. Betaling (indien van toepassing)

Premiebetaling per: maand kwartaal halfjaar jaar
Hoe wilt u de premies betalen? acceptgiro automatische incasso

Een machtiging voor een automatische incasso kunt u op elk moment herroepen. De afschrijvingen kunnen steeds binnen 56 dagen ongedaan gemaakt worden. Door ondertekening van dit aanvraagformulier machtigt u De Amersfoortse om periodiek de verschuldigde premie (inclusief kosten) van uw rekening af te schrijven.

(Post)bankrekeningnummer voor premie-incasso: _____ Ten name van: _____ Te: _____

5. Overige mededelingen

- 5.1 Werd aan u ooit een verzekering van welke aard dan ook geweigerd of opgezegd of werden er beperkende bepalingen of premieverhogingen voorgesteld? ja nee
Zo ja, door welke maatschappij(en), wanneer en waarom? _____
- 5.2 Heeft u nog iets mee te delen (met betrekking tot het te verzekeren risico of uzelf of een andere belanghebbende) dat voor De Amersfoortse voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn?* ja nee

- 5.3 Heeft één van de te verzekeren personen elders een aanvullende verzekering afgesloten? ja nee
Zo ja, welke verzekering bij welke ziektekostenverzekeraar? _____

* desgewenst kunt u deze informatie vertrouwelijk aan de directie toezenden.

6. Slotverklaring en ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- dat alle vragen naar waarheid en volledig zijn beantwoord;
- dat het hem/ haar bekend is dat bij onjuiste en/ of onvolledige beantwoording of verzwijging De Amersfoortse zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren;
- akkoord te gaan met de bij deze verzekering behorende polisvoorwaarden, die na acceptatie van de verzekering zullen worden uitgereikt, maar nu al kunnen worden opgevraagd;
- feiten en omstandigheden met betrekking tot het te verzekeren risico van hem/ haar of een andere belanghebbende die zich voordoen of bekend worden in de periode tussen het invullen van dit aanvraagformulier (inclusief bijbehorende gezondheidsverklaring) en de ingangsdatum van de verzekering direct aan De Amersfoortse mee te delen. (Toelichting: deze aanvullende gegevens zullen deel uitmaken van de reeds gedane verklaringen op het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring op basis waarvan De Amersfoortse het risico beoordeelt.)

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening verzekeringnemer: _____ Handtekening verzekerde: _____

Handtekening verzekeringsadviseur: _____ Relatienummer: _____

U kunt dit formulier in een ongefrankeerde envelop retourneren naar:

De Amersfoortse Verzekeringen

T.a.v. Ziektekosten Acceptatie

Antwoordnummer 128

3800 VB Amersfoort

7. Klachtenregeling

Klachten over onze producten en diensten kunnen in eerste instantie worden voorgelegd aan uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt naar een passende oplossing, zo nodig in overleg met De Amersfoortse.

Indien het overleg met uw verzekeringsadviseur en/of direct betrokkenen van De Amersfoortse geen oplossing biedt, dan kunt u een klacht indienen bij:

De Amersfoortse Cliëntenservice

Postbus 42

3800 AA Amersfoort

(033) 464 25 55 / clientenservice@amersfoortse.nl

Wij verzoeken u hierbij uw naam, adres en polisnummer te vermelden.

Meer informatie is terug te vinden op onze website: www.amersfoortse.nl.

8. Klachteninstanties

Indien binnen zes weken een klacht niet naar tevredenheid wordt opgelost, of er wordt gemotiveerd aangegeven dat de oorspronkelijke beslissing gehandhaafd blijft, kunt u zich wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen,

Postbus 291,

3700 AG Zeist

Telefoonnummer (030) 698 83 60

Voor meer informatie kunt u kijken op de website : www.skgz.nl.

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) werkt onafhankelijk en onpartijdig. Het doel is het helpen oplossen van problemen tussen verzekerden en de zorgverzekeraars.

Als de zaak bemiddelbaar lijkt, dan wordt de klacht eerst door de Ombudsman Zorgverzekeringen in behandeling genomen. Is de bemiddeling niet succesvol of is de zaak bij binnenkomst al niet bemiddelbaar, dan wordt de klacht behandeld door de Geschillencommissie. De Geschillencommissie brengt een bindend advies uit aan de zorgverzekeraar en aan u. De Geschillencommissie kan een bindend advies uitbrengen voor zowel de basisverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Wanneer u geen gebruik wilt maken van de genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden, of ontevreden bent over de behandeling of de uitkomst, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter, ook al heeft de Geschillencommissie een bindend advies uitgebracht. Indien de Geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht, dan zal de rechter alleen procedureel naar de klacht kijken.

9. Registratie bij toezichthouder AFM

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110828) en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110823), gevestigd aan de Stadsring 15 te Amersfoort, staan onder toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en zijn geregistreerd onder de AFM-nummers 12000605, 12001028 en 12001029. De Amersfoortse Verzekeringen is aanbieder van producten en diensten op het gebied van schade- en levensverzekeringen.

10. Bedenktijd

Na insturen van het aanvraagformulier heeft de verzekeringnemer het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Toelichting bij de gezondheidsverklaring

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem contact op met De Amersfoortse.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een aanvullende (tandarts)verzekering kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanvraagformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de gezondheidsverklaring. De geneeskundig adviseur van De Amersfoortse geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan De Amersfoortse. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur De Amersfoortse adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren.

Medische gegevens vertrouwelijk

Uw medische gegevens worden, samen met eventuele andere medische stukken in een afzonderlijk archief in een medisch dossier bewaard. Medische gegevens zijn vertrouwelijk en worden ook als zodanig behandeld. Dat wil zeggen dat ze in principe alleen voor de geneeskundig adviseur toegankelijk zijn. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. In wet- en regelgeving is vastgelegd wat wel en niet mag met medische gegevens van een verzekerde. Die bepalingen zijn uitgewerkt in onder andere de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en het hierbij behorende Addendum Zorgverzekeraars en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Daaraan moeten verzekeraars en geneeskundig adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon (070) 3338777 of via de website: www.verzekeraars.nl.

Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop De Amersfoortse laat weten uw aanvraag te accepteren/ weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van De Amersfoortse. Daarvoor zijn twee redenen.

De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan De Amersfoortse.

De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan is er sprake van verzwijging. U loopt dan de kans dat u geen uitkering krijgt als het erop aan komt. U hebt dan voor niets premie betaald.

Zodra De Amersfoortse u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden. Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd.

Advies geneeskundig adviseur en bezwaar

U hebt het recht als eerste te horen hoe het advies van de geneeskundig adviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij de gezondheidsverklaring een briefje mee te sturen aan de geneeskundig adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen. U kunt de geneeskundig adviseur vervolgens verzoeken De Amersfoortse niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Bijvoorbeeld als er in staat dat er een hogere premie moet en/of strengere voorwaarden moeten worden vastgesteld. Het zal duidelijk zijn dat in dat geval geen verzekering mogelijk is. Anders gezegd: zonder advies – geen verzekering. Stuur u de (ingevulde en ondertekende) gezondheidsverklaring in, dan gaat De Amersfoortse ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens. Hebt u daar echter wel bezwaar tegen, dan moet u de gezondheidsverklaring niet insturen. Maar ook in dat geval geldt weer: geen gegevens – geen verzekering.

Gezondheidsverklaring

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een aanvullende (tandarts)verzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan De Amersfoortse of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Hebt u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts hebt bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering opzegbaar is en dat De Amersfoortse een verzoek om een uitkering weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdát de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan De Amersfoortse doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van De Amersfoortse of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting bij de gezondheidsverklaring onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

11. Gezondheidsverklaring aanvullende verzekering (indien uitsluitend voor de Comfort Module is gekozen, hoeft onderstaande vragenlijst niet ingevuld te worden).

11.1 Zijn de te verzekeren personen lichamelijk en geestelijk gezond? ja nee

11.2 Is één van de te verzekeren personen onder medische behandeling van een huisarts, specialist, psycholoog of alternatieve genezer geweest? ja nee

Wie?	Waarvoor?	Wanneer?	Hoe lang (van-tot)?	Volledig genezen?
nr. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

11.2.1 Welke arts, specialist of alternatieve genezer?

Naam: _____

Adres: _____

11.3 Is het bloed van één van de te verzekeren personen wel eens onderzocht op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol), geelzucht (hepatitis A of B), HIV of aids? ja nee

Wie?	Waarop onderzocht?	Wanneer?	Welk resultaat?
nr. _____	_____	_____	_____
nr. _____	_____	_____	_____

11.4 Gebruikt één van de te verzekeren personen geneesmiddelen (ook homeopathische en antroposofische middelen vermelden)? ja nee

Graag duidelijk specificeren!

Wie?	Welke soort?	Hoeveel?	Van-tot?	Waarvoor?
nr. _____	_____	_____	d/m/j* _____	_____
nr. _____	_____	_____	d/m/j* _____	_____

11.5 Heeft één van de te verzekeren personen wel eens een fysische behandeling (fysiotherapie, heilgymnastiek, massage, chiropractie, manuele therapie of bestraling) ondergaan? ja nee

Wie?	Waarvoor?	Wanneer?	Hoe lang (van-tot)?	Volledig genezen?
nr. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
nr. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

11.6 Gebruikt of draagt één van de te verzekeren personen een hulpmiddel (bijvoorbeeld een bril, contactlenzen, prothese, orthese, pruik, beademingsapparatuur of injectiespuiten)? ja nee

Wie?	Waarvoor?	Hoe lang (van-tot)?
nr. _____	_____	_____
nr. _____	_____	_____

- 11.7 Lijdt één van de te verzekeren personen of heeft één van hen geleden aan:
- 11.7.1 Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout? ja nee
- 11.7.2 Verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen? ja nee
- 11.7.3 Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? ja nee
- 11.7.4 Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? ja nee
- 11.7.5 Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? ja nee
- 11.7.6 Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede? ja nee
- 11.7.7 Aandoeningen van spieren, ledematen, of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI? ja nee
- 11.7.8 Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie? ja nee
- 11.7.9 Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst) zoals tuberculose, hooikoorts, verzakking, breuk, aandoeningen van ogen, oren en huid en aangeboren afwijkingen? ja nee
- 11.7.10 Enige andere ziekte of afwijking, aandoening of gebrek hier niet genoemd? ja nee

Indien eerdergenoemde vragen met 'ja' beantwoord zijn, hieronder de bijzonderheden vermelden.

Wie?	Welke ziekte?	Hoe lang (van-tot)?	Volledig genezen?	
nr. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
nr. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

- 11.8 Heeft er ooit een onderzoek naar kinderloosheid plaatsgevonden? ja nee

Wie?	Wanneer?	Welk onderzoek?	Welk resultaat?
nr. _____	_____	_____	_____
nr. _____	_____	_____	_____

- 11.9 Ligt er een onderzoek in het voornemen? ja nee

- 11.10 Heeft één van de te verzekeren personen een dieet of worden er bijzondere voedingsmiddelen gebruikt? ja nee

Wie?	Welk dieet/middel?	Waarvoor?
nr. _____	_____	_____
nr. _____	_____	_____

Wie is hierbij de behandelend zorgverlener?

Naam: _____

Adres: _____

- 11.11 Is bij één van de te verzekeren personen een orthodontistische behandeling (gebitsregulatie) gaande of te verwachten? ja nee

Zo ja, bij wie? En wanneer? _____

(vraag 11.12 en 11.13 alleen voor vrouwen)

- 11.12 Hebben zich bij menstruatie, zwangerschap of bevalling ooit complicaties voorgedaan (bijvoorbeeld onregelde menstruatie, miskraam, bloedarmoede, nieraandoening, verhoogde bloeddruk, tang-/vacuum- of andere kunstverlossing, keizersnede, doodgeboren kind, vroeggeboorte, ernstige nabloeding, rhesus-antagonisme of andere complicaties)? ja nee

Wie?	Welke complicaties?	Wanneer?
nr. _____	_____	_____
nr. _____	_____	_____

- 11.13 Bent u zwanger? ja nee

* d = dag, m = maand, j = jaar, doorhalen wat niet van toepassing is.

12. Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/ zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/ haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/ zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/ zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening verzekeringnemer:

Handtekening volwassene 1:

Handtekening volwassene 2:

Handtekening(en) van (alle) kinderen vanaf 18 jaar:

Handtekening verzekeringsadviseur:

Relatienummer: 2600154957

TCF BV

U kunt dit formulier in een ongefrankeerde envelop retourneren naar:

De Amersfoortse Verzekeringen

T.a.v. Ziektekosten Acceptatie

Antwoordnummer 128

3800 VB Amersfoort

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van De Amersfoortse onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.