

# 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 : \_\_\_\_\_