

Inventarisatieformulier zorgverzekering

Persoonlijke gegevens

Naam : _____
Adres : _____
Postcode/woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____
E-mail : _____
BSN-nummer : _____
Rekeningnummer : _____

Polisgegevens

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

Polissamenstelling

	Naam	Geb.datum	BSN	Geslacht	
Aanvrager :	_____	_____	_____	m	v
Partner :	_____	_____	_____	m	v
Kind 1 :	_____	_____	_____	m	v
Kind 2 :	_____	_____	_____	m	v
Kind 3 :	_____	_____	_____	m	v
Kind 4 :	_____	_____	_____	m	v

Gespreide betaling verplicht eigen risico? ja nee

Wilt u zelf uw zorgverlener kunnen kiezen? ja nee

Wensen aanvullende verzekering

Onbelangrijk → Zeer belangrijk

Alternatieve geneeswijzen

Geneesmiddelen

Huisarts en ziekenhuiszorg

Hulp in het buitenland

Hulpmiddelen (w.o. brillen en lenzen)

Tandheeskundige hulp tot 18 jaar

Tandheeskundige hulp vanaf 18 jaar

Orthodontie

Therapieën

Verpleging, verzorging en begeleiding

Zwangerschap en bevalling