



Aanvraagformulier tandartsverzekering

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen en in blokletters of digitaal op de computer.

1 Mijn gegevens (verzekeringnemer)

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	Burgerservicenummer ¹⁾		
Nationaliteit	Nederlands	Anders	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land
Telefoonnummer		(10 cijfers)	
E-mail adres		Relatienummer	(9 cijfers)

2 Andere verzekerden

Wie meldt u aan voor de verzekering? (vul het formulier alleen in voor personen van 18 jaar en ouder)

Ik meld mijzelf ook aan. Ik hoof mijn gegevens hieronder niet meer in te vullen.

Ik meld mijzelf niet aan.

Verzekerde 1	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
	Geboortedatum	Burgerservicenummer ¹⁾	
Verzekerde 2	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
	Geboortedatum	Burgerservicenummer ¹⁾	
Verzekerde 3	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
	Geboortedatum	Burgerservicenummer ¹⁾	
Verzekerde 4	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
	Geboortedatum	Burgerservicenummer ¹⁾	

3 Tandartsverzekeringen

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Tand Small					
Tand Medium					
Tand Large					

Als u de Tand Small of Tand Medium aanvraagt, hoeft u geen tandheilkundige vragen te beantwoorden. U hoeft alleen uw handtekening te plaatsen. Als u de Tand Large aanvraagt, vult u dan de vragen hieronder in.

3.1 Tandheilkundige vragen (voor Tand Large)

A Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen 13 maanden voor controle naar de tandarts geweest?

Ja Nee

Zo nee, wie niet? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

B Ontbreken er bij één van de te verzekeren personen meer dan 4 tanden en/of kiezen (met uitzondering van verstandskiezen)?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Zijn de ontbrekende tanden en/of kiezen vervangen?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Ontbreken de tanden en/of kiezen vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

1) Wij controleren uw gegevens bij de Gemeentelijke Basis Administratie. U vindt het burgerservicenummer op uw rijbewijs, paspoort of salarisstrook.

C Heeft één van de te verzekeren personen een voorziening, bijvoorbeeld: kronen/stifttanden, (ets)bruggen, implantaten of een (gedeeltelijk) kunstgebit (ook frame of plaatje)?

Ja Nee

Zo nee, wie niet? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke voorzieningen en hoeveel?

Zijn bovengenoemde voorzieningen ouder dan 10 jaar?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke voorzieningen en hoeveel?

D Heeft één van de te verzekeren personen bij meer dan 2 tanden en/of kiezen een wortelkanaalbehandeling gehad zonder dat daar een kroon op is geplaatst?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

E Was of is er bij één van de te verzekeren personen sprake van een (uitgebreide) tandvleesbehandeling bij een parodontoloog of een mondhygiënist?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Uitgevoerd door? Parodontoloog Mondhygiënist

Is de behandeling van de mondhygiënist preventief? Ja Nee

F Verwacht één van de te verzekeren personen de komende 2 jaar een tandheelkundige behandeling?

Ja Nee

Zo ja, bij wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

Welke behandeling? Uitgebreide tandvleesbehandeling Kro(o)n(en), brug(gen), inlay(s) Wortelkanaalbehandeling
Gedeeltelijk of volledig kunstgebit 4 of meer vullingen Implantaten

G Heeft één van de te verzekeren personen ergens anders een uitgebreide tandartsverzekering?

Ja Nee

Zo ja, wie? Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

4 Ondertekening verzekeringnemer

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat:

- u de inhoud van de informatiedocumenten van uw gekozen product(en) kent. U kunt de documenten inzien en downloaden op dechristelijkzorgverzekeraar.nl/informatiedocument
- alle informatie die u gaf, klopt
- u geen belangrijke informatie geheim heeft gehouden
- u geen aanvullende verzekering krijgt als het formulier niet helemaal is ingevuld of als de informatie niet klopt
- onze medische adviseur uw tandheerkundige gegevens mag lezen • u weet dat wij uw verzekering mogen stoppen of weigeren als uw gegevens niet kloppen
- u weet dat u premie moet betalen als de polis begint.

Wij gebruiken uw informatie hiervoor:

- wij schrijven u in
- wij zijn u beter van dienst
- wij zorgen dat anderen geen misbruik van uw gegevens maken
- wij sturen u informatie over een ander product van Achmea of De christelijke zorgverzekeraar
- wij beschermen uw gegevens volgens de regels van het College Bescherming Persoonsgegevens.
- informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens vindt u op: dechristelijkzorgverzekeraar.nl/privacy.

Datum ondertekening

(DD/MM/JJJJ)

Handtekening verzekeringnemer

**Stuur het compleet ingevulde en ondertekende formulier op naar:
De christelijke zorgverzekeraar, Antwoordnummer 10290, 2300 VB Leiden.**