

# 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

## **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