

(Alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)

**AUB volledig invullen in blokletters met blauwe of zwarte pen**

## 1 Gegevens aanvrager (= verzekeringnemer)

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>	Vrouw	BSN
Nationaliteit	<input type="checkbox"/>	NL	<input type="checkbox"/>	Anders	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telefoon (privé)	<input type="text"/>		Telefoon (werk)	<input type="text"/>	
Telefoon mobiel	<input type="text"/>		E-mailadres	<input type="text"/>	
Relatienummer	<input type="text"/>				

## 2 Ik meld de volgende personen aan voor de Beter Af Tandarts Polis (alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)

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

Ik meld mijzelf niet aan.

Verzekerde	Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	BSN	Relatienummer	Geboortedatum	Man	Vrouw
<b>Verzekerde 1</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzekerde 2</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzekerde 3</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzekerde 4</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3 Tandartsverzekeringen

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Beter Af Tandarts Polis 1 ster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Tandarts Polis 2 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Tandarts Polis 3 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Tandarts Polis 4 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1 ster** Als u de Beter Af Tandarts Polis 1 ster aanvraagt, hoeft u geen tandheelkundige vragen te beantwoorden. U hoeft alleen uw handtekening te plaatsen.

**2 sterren** Als u de Beter Af Tandarts Polis 2 sterren aanvraagt, hoeft u alleen vraag 3.1A te beantwoorden en het formulier te ondertekenen.

**3 of 4 sterren** Als u de Beter Af Tandarts Polis 3 of 4 sterren aanvraagt, vul dan de vragen 3.1, 4, 5 en 6 in.

### 3.1 Tandheelkundige vragen (voor 2, 3 en 4 sterren)

#### A Zijn de te verzekeren personen in de afgelopen dertien 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 vier tanden en/of kiezen (met uitzondering van verstandskiezen)?

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

de ontbrekende tanden en/of kiezen zijn vervangen.

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

de tanden en/of kiezen ontbreken vanwege ruimtegebrek of beugelbehandeling.

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

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

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

Welke voorzieningen en hoeveel

  

**Zijn bovengenoemde voorzieningen ouder dan 10 jaar**

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

Welke voorzieningen en hoeveel

  

**D Heeft één van de te verzekeren personen aan meer dan twee tanden en/of kiezen een wortelkanaalbehandeling ondergaan zonder dat daar een kroon op is geplaatst?**

Ja  Nee Zo ja, 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 mondhygiënist of een parodontoloog?**

Ja  Nee Zo ja, 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 een tandheelkundige behandeling?**

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

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

**4 De gegevens van de tandarts zijn:**

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging   
Postcode  Woonplaats  Land   
Telefoon

**5 Heeft één van de te verzekeren personen op dit moment elders een uitgebreide tandartsverzekering?**

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

Welke verzekeraar?

Wat is de naam van uw huidige tandartsverzekering?

  

**6 Ondertekening verzekeringnemer**

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de overeenkomst ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik u toestemming zonodig tandheelkundige gegevens op te vragen bij mijn tandarts.

Datum  -  -

Handtekening  
verzekeringnemer

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier op naar Groene Land Achmea, afdeling Serviceteam Polis, Antwoordnummer 511, 8000 VB Zwolle. Een postzegel plakken is niet nodig.