

AUB volledig invullen met blauwe of zwarte pen

1 Mijn gegevens (= verzekeringnemer)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw BSN/Sofi-nummer*

Nationaliteit** NL Anders

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon (privé) Telefoon (werk)

Telefoon mobiel E-mailadres

* Vergeet u niet om uw BSN/sofi-nummer in te vullen? Zonder uw BSN/sofi-nummer kunnen wij uw aanmelding niet in behandeling nemen.

** Als u of één van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, voeg dan een kopie toe van het vreemdelingen-document. Is het een nationaliteit van een land binnen de EU of EER, dan is een kopie van het paspoort voldoende.

2 Ik meld de volgende personen aan voor de Beter Af Restitutie Polis

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

Verzekerde 1 Voorletter(s) Tussenvoegsel

Achternaam Geboortedatum - -

Man Vrouw Nationaliteit NL Anders

Relatie t.o.v. de verzekeringnemer Partner Kind Anders BSN/Sofi-nummer

Verzekerde 2 Voorletter(s) Tussenvoegsel

Achternaam Geboortedatum - -

Man Vrouw Nationaliteit NL Anders

Relatie t.o.v. de verzekeringnemer Partner Kind Anders BSN/Sofi-nummer

Verzekerde 3 Voorletter(s) Tussenvoegsel

Achternaam Geboortedatum - -

Man Vrouw Nationaliteit NL Anders

Relatie t.o.v. de verzekeringnemer Partner Kind Anders BSN/Sofi-nummer

Verzekerde 4 Voorletter(s) Tussenvoegsel

Achternaam Geboortedatum - -

Man Vrouw Nationaliteit NL Anders

Relatie t.o.v. de verzekeringnemer Partner Kind Anders BSN/Sofi-nummer

3 Afwijkend woonadres (invullen als dit anders is dan bij 1)

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Welke verzekerde(n) wonen op dit adres Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

4 Deelname collectiviteit

Naam collectiviteit

Collectiviteitsnummer Registratienummer

Door welk gezinslid ontstaat er recht op inschrijving in deze collectiviteit? (meerdere gezinsleden mogelijk). Bijvoorbeeld vanwege een dienstverband bij het betreffende bedrijf, lidmaatschap of uitkering van de betreffende instantie.

Mijzelf Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

5 Betaling premie en ontvangst vergoedingen

Mijn rekeningnummer is Ik betaal via Automatische incasso* Acceptgiro

Ik betaal de premie per Maand Kwartaal Half jaar Jaar

*Ik machtig Groene Land - PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V. hierbij tot wederopzegging de verschuldigde bedragen af te schrijven van mijn rekening.

6 Ik vraag deze verzekering aan in verband met (vergeet u niet de datum in te vullen)

Ontstaan recht basisverzekering Overstap van een andere verzekeraar

Afkomstig buitenland Wat is de reden van de overstap

Kennismigrant. Aankomst Nederland

Onverzekerd Per datum - -

7 Huidige verzekeraar

Stapt u over van een andere zorgverzekeraar, vult u dan hieronder de gegevens in van uw huidige zorgverzekeraar. Let op: deze gegevens ook invullen als uw huidige basisverzekering al is beëindigd.

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Huidige verzekeraar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Huidige polisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einddatum <i>(indien van toepassing)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wanneer u overstapt per 1 januari dan zorgt Groene Land Achmea ervoor dat uw basisverzekering en de eventueel bijbehorende aanvullende verzekeringen worden opgezegd bij uw huidige verzekeraar. Met de ondertekening van dit formulier geeft u hiervoor toestemming. U hoeft verder zelf niets meer te doen. Geef bij een overstap per een andere datum zelf uw opzegging door aan uw huidige verzekeraar.

8 Aanvullende verzekeringen

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Beter Af Restitutie Plus Polis 1 ster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Restitutie Plus Polis 2 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Restitutie Plus Polis 3 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Restitutie Plus Polis 4 sterren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Beter Af Vitaal Pakket*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Geldt alleen voor personen die in 2008 50 jaar of ouder zijn. Alleen in combinatie met minimaal Beter Af Restitutie Plus Polis 1 ster.

** Klassendekking en -vergoeding

9 Aanvullende vraag Beter Af Restitutie Plus Polis 4 sterren *(alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)*

Heeft u of één van de te verzekeren personen de afgelopen 12 maanden meer dan 20 behandelingen fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie (Cesar/Mensendieck) gehad of verwacht u de komende 12 maanden meer dan 20 behandelingen?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

10 Aanvullende vragen Beter Af Tandarts Polis 2, 3 en 4 sterren *(alleen invullen als u één van deze verzekeringen aanvraagt)*

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

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Hebben de te verzekeren personen bij hun huidige verzekeraar de meest uitgebreide tandartsverzekering?*

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

* Het kan voorkomen dat wij nog aanvullende informatie nodig hebben. U ontvangt dan van ons een extra aanvraagformulier.

11 Aanvullende vraag Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket *(alleen invullen als u deze verzekering aanvraagt)*

Is er nu of binnenkort bij één van de te verzekeren personen sprake van opname in een ziekenhuis?

Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

12 Vrijwillig eigen risico *(Alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar. Dit risico komt bovenop het verplicht eigen risico van € 150,-.)*

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
€ 0,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€ 100,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€ 200,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€ 300,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€ 400,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€ 500,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Toetsing verzekeringsplicht *(alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar)*

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Heeft u een persoonlijk inkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ontvangt u uw persoonlijk inkomen uit	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide

14 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.

Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen Achmea voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Achmea kan uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS wordt hierbij toegepast.

Datum --

Handtekening
verzekeringnemer

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