

Vul alle vragen op dit formulier in. Als je voor antwoorden verwijst of antwoorden doorhaalt, dan kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.

Naam verzekeringsadviseur: **Lobbes Insurance**

Nummer: \_\_\_\_\_

Collectiviteit Juist Voor Jou, contractnummer: **21659433**

Nieuwe aanvraag  Ik ben al verzekerd bij Avéro Achmea, relatienummer: \_\_\_\_\_ (je hoeft vraag 1.1, 4 en 5 niet in te vullen)

**Belangrijk: toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht**

- Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer ben jij verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt en wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen jouw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan jij het antwoord al bij ons bekend veronderstelt, moet jij toch zo volledig mogelijk beantwoorden.
- Feiten en omstandigheden die jou bekend worden nadat je deze aanvraag hebt ingezonden, maar voordat wij jou hebben bericht over onze definitieve beslissing het door jou ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet je alsnog aan ons mededelen, als deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier dat je, tezamen met de op de aangevraagde verzekeringsdekking van toepassing zijnde voorwaarden van verzekering, in tweevoud ter hand is gesteld.
- Als je niet of niet volledig aan je mededelingsplicht hebt voldaan, kan dit ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalft. Als je met opzet tot misleiden van ons hebt gehandeld of wij bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, hebben wij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

**1 1. Mijn gegevens (= verzekeringnemer):**

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_ Naam: \_\_\_\_\_  
 Geslacht:  Man  Vrouw \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Straatnaam: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_ Toevoeging: \_\_\_\_\_  
 Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
 Land: \_\_\_\_\_ Nationaliteit\*: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

**2. Studiefinanciering en betaalgegevens:**

Ik ben student en ontvang studiefinanciering van de IB Groep  ja  nee

Bankrekeningnummer voor betaling premie, eigen risico, eigen bijdrage of voor vergoeding van declaraties: \_\_\_\_\_ Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Ik betaal via:  
 automatische betaling aan Avéro Achmea\*\*  
 mijn verzekeringsadviseur

Ik betaal per:  
 maand  
 kwartaal  
 halfjaar  
 jaar

\* Heb je niet de Nederlandse nationaliteit, dan graag een kopie van een geldig verblijfsdocument (voor- en achterzijde) opsturen of een kopie van je paspoort met een eventuele verblijfsaantekening. Met een EU/EER-nationaliteit volstaat een kopie van je paspoort of een Europese identiteitskaart.

\*\* Bij keuze voor betaling aan Avéro Achmea vindt de incasso altijd automatisch plaats. Je machtigt ons hiervoor met ondertekening van het aanvraagformulier.

**2 1. Ik (= verzekeringnemer) meld me aan voor de basisverzekering Zorg Plan en de aanvullende verzekering incl. tandartspakket Juist Voor Jou.**  ja  nee

**2. Verder meld ik onderstaande persoon aan voor de zorgverzekering:**

Naam, tussenvoegsel(s) en voorletters:	BSN:	Geslacht: M V	Geboortedatum:	Relatie t.o.v. verzekerde	Nationaliteit*:
1: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> anders	_____
2: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> anders	_____
3: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> anders	_____
4: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> anders	_____
5: _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> anders	_____

\* Als een van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, graag dan een kopie van een geldig verblijfsdocument (voor- en achterzijde) opsturen en een kopie van het paspoort met een eventuele verblijfsaantekening. Voor personen met een EU/EER-nationaliteit volstaat een kopie van het paspoort of een Europese identiteitskaart.

**3 Ik (= verzekeringnemer) heb een afwijkend postadres:**

Straatnaam: \_\_\_\_\_ Huisnummer + toevoeging: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

**4 Ik vraag deze verzekering aan omdat ik:**

overstap van een andere zorgverzekeraar per 1 januari  
 afkomstig ben vanuit het buitenland per [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]  
 onverzekerd ben per [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]  
 zelf verzekeringnemer wil worden per [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]  
 recht heb op een zorgverzekering per [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]  
 collectief verzekerd ben en wijzig van collectiviteit per\* [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

\* Let op! Als je naar een soortgelijke collectiviteit verzekerd bent of wordt wegens lidmaatschap kunt je alleen overstappen per 1 januari. Overstap van zorgverzekeraar anders dan 1 januari is alleen mogelijk als je nu collectief verzekerd bent via werkgever of uitkeringsinstantie en overstapt naar een soortgelijke collectiviteit.

**Huidige verzekeraar:**

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

Huidige verzekeraar

Verzekerde 1 \_\_\_\_\_  
Verzekerde 2 \_\_\_\_\_  
Verzekerde 3 \_\_\_\_\_  
Verzekerde 4 \_\_\_\_\_  
Verzekerde 5 \_\_\_\_\_

Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt je ons jouw oude zorgverzekering namens jou op te zeggen. Wij gaan er ook van uit dat jij ons machtigt de aanvullende zorgverzekering(en) namens jou bij jouw oude zorgverzekeraar op te zeggen. Wil je dit niet? Dan kan je dat hieronder aangeven. Houd er rekening mee dat wanneer je bij ons ook een aanvullende zorgverzekering afsluit en je wilt jouw aanvullende zorgverzekering bij jouw oude zorgverzekeraar behouden, dit dubbele dekking en/of dubbele premie tot gevolg kan hebben.

**5 Toetsing verzekeringsplicht (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder):**

	<u>Verzekeringnemer</u>	<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>
1. Betaalt u Nederlandse inkomstenbelasting (box 1)?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2. Betaalt u inkomstenbelasting (box 1) in het buitenland?	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Is bij een van de te verzekeren personen vraag 5.2 met 'ja' beantwoord, dan vragen wij u het formulier **Verblijf in het buitenland in te vullen**.

**6 Vrijwillig eigen risico**

Niet-studenten kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico (alleen in te vullen voor de te verzekeren personen van 18 jaar en ouder). Studenten kunnen geen vrijwillig eigen risico kiezen en hebben een afwijkend eigen risicoregeling.

<u>Verzekeringnemer</u>	<u>Verzekerde 1</u>	<u>Verzekerde 2</u>	<u>Verzekerde 3</u>	<u>Verzekerde 4</u>	<u>Verzekerde 5</u>
<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-	<input type="checkbox"/> 0,-
<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-	<input type="checkbox"/> 100,-
<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-	<input type="checkbox"/> 200,-
<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-	<input type="checkbox"/> 300,-
<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-	<input type="checkbox"/> 400,-
<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-	<input type="checkbox"/> 500,-

---

**7 Privacy**

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst vragen wij jou om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om jou te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van jouw persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Voor zorgverzekeraars is daarnaast de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van kracht.

Stel je geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wil jij jouw toestemming voor het gebruik van je e-mailadres intrekken? Meld dit dan schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea Groep jouw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vind je op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

---

**8 Toepasselijk recht en geschillen**

Op de verzekeringen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Vanzelfsprekend doen wij ons uiterste best om jou zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch is het mogelijk dat jij ergens ontevreden over bent. Neem in zo'n geval eerst contact op met jouw adviseur of contactpersoon. Wil je toch een klacht indienen, dan kan dit per e-mail via onze website [www.averoachmea.nl](http://www.averoachmea.nl) ('klacht doorgeven') of schriftelijk bij Avéro Achmea, t.a.v. Klachtenbureau Avéro Achmea, Postbus 1717, 3800 BS Amersfoort. Als wij er naar jouw mening niet in slagen het probleem naar jouw tevredenheid op te lossen, dan kan je, als je een natuurlijke persoon bent die niet handelt in de uitoefening van een bedrijf of beroep, zich wenden tot de erkende geschilleninstantie waarbij wij zijn aangesloten: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. 030 - 698 83 60, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl).

---

**9 Over Avéro Achmea**

Avéro Achmea is een aanbieder van verzekeringsproducten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van onafhankelijke bemiddelaars en adviseurs. Avéro Achmea is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Noordwijk, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12000647 en van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Utrecht, ingeschreven bij de AFM onder nummer 12001023. Het kantoor van Avéro Achmea bevindt zich aan de Van Asch van Wijkstraat 55, in (3811 LP) Amersfoort, Nederland.

---

**10 Ondertekening verzekeringnemer**

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld en kennis heb genomen van de voorwaarden. Ik weet dat een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalft. Als ik met opzet tot misleiden van Avéro Achmea heb gehandeld, heeft Avéro Achmea het recht de verzekering op te zeggen.

Naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

---

