

# Inventarisatieformulier zorgverzekering

## **Persoonlijke gegevens**

Naam : \_\_\_\_\_ m v  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Aantal kinderen op polis : < 18 jaar : \_\_\_\_\_ ≥18 jaar : \_\_\_\_\_

Wilt u uw partner meeverzekeren? ja nee

## **Polisgegevens**

Huidige maatschappij : \_\_\_\_\_  
Polisnummer : \_\_\_\_\_  
Huidige dekking : \_\_\_\_\_  
Huidige premie p.mnd. : € \_\_\_\_\_

Wilt u zelf uw zorgverlener kunnen kiezen? ja nee

## **Wensen aanvullende verzekering**

Onbelangrijk → Zeer belangrijk

Alternatieve geneeswijzen

Anticonceptie

Brillen en lenzen

Buitenlanddekking

Fysiotherapie

Homeopathie

Kraamzorg en bevalling

Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar

Orthodontie vanaf 18 jaar

Tandartsdekking vanaf 18 jaar