

AANVRAAGFORMULIER TANDARTSVERZEKERING

(Gelieve dit formulier samen met de saneringsverklaring in te leveren)

MET BLOKLETTERS INVULLEN

Relatienummer :

Verzekeringsnummer :

A. GEGEVENS VAN DE VERZEKERINGNEMER

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum : ID-nummer: Geslacht: ☐ M ☐ V

Incassoadres :

E-mail :

Telefoonnummer : Mobiel:

Bankrelatie en -rekeningnummer:

B. GEGEVENS VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum : ID-nummer: Geslacht: ☐ M ☐ V

Geboorteplaats :

Relatie tot de verzekeringnemer:

Adres :

E-mail :

Telefoonnummer : Mobiel:

Premie per : ☐ jaar / ☐ maand

Beroep/Bezigheid:

Leeftijd :

Uw huidige tandarts:

Welke Tandpas dekking wenst u af te sluiten?

☐ Basic ☐ Classic ☐ Supreme ☐ Supreme+

Indiening van bitewingfoto's is verplicht bij het aanvragen van een Tandpas Classic dekking of hoger.

Vragen te beantwoorden bij het aanvragen van de TandPas tandartsverzekering

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

1. Beschikt u naar uw eigen oordeel over een goed gebit? ☐ Ja ☐ Nee
2. Zijn er tanden/ kiezen uitgetrokken uit uw blijvend gebit?
Zo ja, hoeveel? ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ meer dan 6 ☐ Ja ☐ Nee
3. Zijn er tanden / kiezen van uw blijvend gebit gevuld of heeft u zenuwbehandelingen ondergaan?
Zo ja, hoeveel? ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ meer dan 6 ☐ Ja ☐ Nee
4. Laat u uw gebit controleren door de tandarts?
Zo ja, hoe vaak en wanneer heeft de laatste controle plaatsgevonden? ☐ Ja ☐ Nee
Aantal keren: Datum controle:
5. Heeft u de afgelopen 2 jaar pijnen gehad aan de kiezen en tanden? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, omschrijf de pijn:
6. Heeft u ten gevolge van enig (on)geval een operatieve ingreep aan uw gebit, tandvlees en of kaak ondergaan? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, hoe lang terug? Datum:
7. Draagt u een (geheel of gedeeltelijke) prothese? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, vanaf wanneer? Datum:
8. Hebt u voor het overige nog wat op te merken over uw gebit? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, opmerking
9. Zal de aangevraagde verzekering een andere bestaande soortgelijke verzekering vervangen? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke?
10. Wie wilt u als tandarts? *(U dient door deze tandarts gesaneerd te worden)*
Naam Tandpas-tandarts:
11. Per welke datum wenst u de verzekering te laten ingaan?
Datum:

SMS/E-MAIL DIENSTEN

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- ☐ Ja, ik geef toestemming aan Assuria NV om gratis informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.
☐ Nee, ik geef geen toestemming aan Assuria NV om informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en verplicht zich overeenkomstig deze aanvraag op te maken polis te zullen aanvaarden tegen betaling van de verschuldigde premie en kosten. De aanvrager is ermee bekend dat de verzekering eerst tot stand komt na overlegging van een saneringsbewijs afgegeven door een tandarts met wie Assuria een overeenkomst heeft en na acceptatie door Assuria Medische Verzekering N.V.*

Tevens machtigt ondergetekende hierbij alle tandartsen die hem/haar behandeld hebben of zullen behandelen, de door de Medisch Adviseur van Assuria N.V. te vragen relevante medische inlichtingen te verstrekken.

Paramaribo

handtekening van kandidaat-verzekerde
(indien minderjarig, medeondertekening door ouders of voogd)

Paramaribo

handtekening van kandidaat-verzekeringnemer
(indien minderjarig, medeondertekening door ouders of voogd)

* art 320 WvK luidt: elke verkeerde of waarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den ware staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig

Tussenpersoon: lprnr.:

Paramaribo

(handtekening tussenpersoon)

IN TE VULLEN DOOR ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V.

Acceptatie: ☐ JA / ☐ NEE

Aantekeningen:

Paramaribo

SANERINGSVERKLARING TANDARTSVERZEKERING

IN TE VULLEN DOOR DE TANDARTS

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum : Geslacht: ☐ M ☐ V

Gebitsdiagram:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
R								L							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Opmerkingen/aanvullingen:

Ondergetekende verklaart dat bovengenoemde patiënt een gesaneerd en goed onderhouden gebit heeft.

Paramaribo,

Stempel tandarts

Handtekening tandarts