

Aanmelding aanvullende verzekering(en)

Kijk voor voorwaarden en vergoedingen op www.defriesland.nl.

1. Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Voorvoegsel(s)	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>			Plaatsnaam	<input type="text"/>
Tel. nummer	<input type="text"/>			Geboortedatum	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> v		Burgerservicenummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>				

Stuur mij via e-mail maandelijks de nieuwsbrief van De Friesland. In de nieuwsbrief leest u meer over zorg, gezondheid, verzekeringen, diensten en aanbiedingen.

2. De te verzekeren personen

Wilt u uzelf als verzekeringnemer ook aanmelden als verzekerde voor de aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo ja, hebt u ook een basisverzekering bij De Friesland? Ja, verzekerdenummer ⁽¹⁾ Nee

	Achternaam + voorvoegsel(s)	Voorletter(s)	Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Verzekerdenummer ⁽¹⁾
Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Keuze aanvullende verzekering(en) ⁽²⁾

	Ingangsdatum	AV Budget	AV Standaard	AV Extra	AV Optimaal	AV Excellent	AV Student ⁽³⁾	AV Gezin	AV 55 Plus	AV Tand Standaard	AV Tand Extra	AV Tand Optimaal ⁽⁴⁾
Verzekeringnemer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Let op: De aanvullende verzekering gaat in met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de datum van goedkeuring door De Friesland.

4. Betaling

Hoe wilt u de premie betalen?

Per maand Per kwartaal (0,5% korting)

Per halfjaar (1% korting) Per jaar (2% korting)

Wilt u de premie automatisch betalen?

Ja Nee

Zo ja, van welk rekeningnummer kan de premie worden afgeschreven? *

Naam rekeninghouder

Let op: Op dit rekeningnummer ontvangt u ook de uitbetaling van uw nota's.

⁽¹⁾ Indien de verzekerde ook een basisverzekering bij De Friesland heeft, verzoeken wij u hier het verzekerdenummer in te vullen.

⁽²⁾ Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd als zij dezelfde aanvullende verzekering hebben als een van de ouders.

⁽³⁾ Naast de AV Student kan geen aanvullende tandverzekering worden afgesloten.

⁽⁴⁾ Voor de AV Tand Optimaal dient u een tandheelkundig keuringsrapport in te laten vullen door uw tandarts.

5. Gegevens betreffende gezondheid

Is er op dit moment of **binnen 3 maanden** sprake van:

		Wie staat onder behandeling? (geboortedatum)	Sinds? maand/jaar)	Hoeveel behandelingen volgen er nog?	Wanneer is de behandeling afgerond?
- Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Oefentherapie Cesar/Mensendieck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Epilatie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Behandeling door een psycholoog	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Medicatie ADHD	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Alternatieve geneeswijzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Behandeling voor kronen en/of bruggen (jonger dan 18 jaar)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Let op: Om uw aanvraag in behandeling te kunnen nemen dient u alle vragen juist en volledig in te vullen. Wanneer u het aanmeldingsformulier onvolledig en/of onjuist invult, heeft De Friesland het recht om de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.

6. Gegevens betreffende tandheelkunde

Alleen in te vullen bij aanmelding voor AV Tand Standaard of AV Tand Extra. Voor de AV Tand Optimaal dient u een tandheelkundig keuringsrapport in te laten vullen door uw tandarts.

Is er op dit moment of **binnen een jaar** sprake van plaatsing of vervanging van:

		Wie betreft het? (geboortedatum)
- Een frameprothese	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
- Eén of meer kronen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
- Eén of meer bruggen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
- Eén of meer implantaten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
- Een volledige boven en/of onderprothese	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>

Is er voor u of een van de aangemelde personen op dit moment of **binnen een jaar** sprake van:

		Wie betreft het? (geboortedatum)
- (vervolg)behandelingen paradontologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
- behandeling van kaakgewrichtsklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>

7. Ondertekening

Datum

Handtekening
verzekeringnemer