

# Aanvraagformulier AV Tand Optimaal

Vul het formulier alleen in voor personen van 18 jaar en ouder.

**De Friesland**

Sophialaan 50, 8911 AE Leeuwarden  
Telefoon (058) 291 31 31 [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl)

## Uw gegevens in vertrouwde handen

Vraagt u een AV Tand Optimaal verzekering aan? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl). Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: De Friesland Zorgverzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

## 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"/>			E-mailadres	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw			Geboortedatum	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>			Burgerservicenummer	<input type="text"/>

## 2 Gegevens verzekerde:

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"/>			E-mailadres	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw			Geboortedatum	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>			Burgerservicenummer	<input type="text"/>

Bij akkoord gaat de AV Tand Optimaal in per 1 januari van het komende jaar. Heeft u een nieuwe basisverzekering afgesloten?

Dan gaat deze verzekering in op dezelfde datum als uw basisverzekering.

Het formulier dient **vóór 1 februari** door ons te zijn ontvangen. Indien het formulier niet tijdig is ontvangen vervalt dit formulier.

## 3 Vragenlijst (invullen voor de verzekerde waarvoor de AV Tand Optimaal wordt aangevraagd)

a Heeft u op dit moment elders een tandartsverzekering?  Ja  Nee  
Huidige verzekeraar

Heeft u daar de hoogste dekkingsgraad?  Ja  Nee

b Mist u tanden/kiezen (Verstandskiezen tellen niet mee)?  1 t/m 4  5 of meer  Nee  
Ontbreken deze door een beugel of ruimtegebrek?  Ja  Nee

c Heeft u een of meer van deze tandartsvoorzieningen?  Kroon en/of stifttand  
 Brug  
 (gedeeltelijke) prothese, plaatje of frame

Hoeveel kronen en/of stifttanden?  4 of minder  
 5 t/m 9  
 10 of meer

Hoeveel zijn er ouder dan 10 jaar?  0 of 1  
 Meer dan 1

d Is er op dit moment sprake van een orthodontische (beugel) behandeling of verwacht u deze binnen een jaar?  Ja  Nee

- a Heeft u wel eens een wortelkanaalbehandeling of een tandvleesbehandeling gehad?
- Ja, een wortelkanaalbehandeling aan meer dan 2 tanden of kiezen (er is geen kroon of brug geplaatst)
- Ja, een uitgebreide tandvleesbehandeling (gedeeltelijke) prothese, plaatje of frame
- b Verwacht u een of meer van de volgende behandelingen?
- Wortelkanaalbehandeling
- Uitgebreide tandvleesbehandeling
- implantaat
- Kroon, brug of inlay
- 4 of meer vullingen
- Geheel of gedeeltelijk kunstgebit

## 1 Alternatief aanbod

Als wij op grond van de hierboven ingevulde vragenlijst u niet kunnen inschrijven in de AV Tand Optimaal, dan kunnen wij u een goed alternatief bieden. Om toch goed verzekerd te zijn voor tandheelkunde kunt u kiezen uit de AV Tand Standaard of AV Tand Extra. Ook kunt u kiezen voor geen AV Tand.

AV Tand  
Standaard

AV Tand  
Extra

Geen  
AV Tand

## 2 Ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier machtig ik de adviserend tandarts van De Friesland Zorgverzekeraar om inlichtingen in te winnen bij de tandarts of orthodontist. Het gaat hierbij alleen om informatie die De Friesland nodig heeft ter beoordeling van deze aanvraag.

Met het ondertekenen van het formulier geeft u aan akkoord te zijn met de voorwaarden die De Friesland Zorgverzekeraar stelt. Zowel de verzekeringsvoorwaarden als de wet bepalen dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard, als u bij de aanvraag van deze verzekering onjuiste of onvolledige informatie hebt verstrekt. De Friesland Zorgverzekeraar heeft het recht gedane uitbetalingen, zo nodig met terugwerkende kracht, terug te vorderen.

Datum

Handtekening verzekeringnemer