

# 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**

ja nee

Wilt u de kosten voor de tandarts verzekeren?

Wilt u de kosten voor fysiotherapie verzekeren?

Verwacht u vaker dan 1 keer per maand naar de fysiotherapeut te gaan?

Wilt u de kosten voor alternatieve geneeswijze verzekeren?

Wilt u de kosten voor orthodontie verzekeren?

Wilt u de kosten voor brillen of lenzen verzekeren?

Wilt u de kosten voor vaccinaties voor verblijf in het buitenland verzekeren?

Wilt u de kosten voor anticonceptie verzekeren?

Wilt u kosten voor kraamzorg en bevalling verzekeren?

Wilt u kosten voor steunzolen verzekeren?