

Inventarisatieformulier zorgverzekering

Persoonlijke gegevens

Naam : _____

Adres : _____

Postcode/woonplaats : _____

Telefoonnummer :

E-mail : _____

BSN-nummer :

Polisgegevens

Huidige maatschappij : _____

Polisnummer : _____

Huidige premie p.mnd. : _____

Polissamenstelling

Aantal volwassenen : _____

Aantal kinderen

(+leeftijd) : _____

Aanvullende verzekering : Ja, namelijk _____

Geen aanvullende verzekering

Wensen Aanvullende verzekering

	Zeer belangrijk		→	Onbelangrijk	
Alternatieve geneeswijzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillen/contactlenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheelkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>