



AANVRAAGFORMULIER

PARSASCO BASISZORGVERZEKERING (COLLECTIEVEN)

AGENT :

Bedrijfsnaam/stempel	:	KKF nummer	:
Naam directeur/eigenaar	:	E-mail	:
Adres	:	Betalingswijze	: O - p/Jr O - p/half O- p/kw O- p/mnd
Mobiel nummer	:	Gewenste Ingangsdatum:

COUP # : _____

INFORMATIE VAN DE TE VERZEKEREN PERSONEN

POLISNUMMER : _____

	Naam	Voornaam	M/V	Geb. datum	ID	Adres	Mobiel nr.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Handtekening verzekeringnemer :

Datum :

	Huisarts	Bent u onder behandeling voor (een) Chronische aandoening(en) ? Zo ja, welke aandoening(en) ?	Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke medicijnen ?	Bent u bril – en /of lensdragend ? Ja/Nee	Bent u zwanger ? Ja/Nee	Handtekening van de te verzekeren persoon
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Handtekening verzekeringnemer : Datum :