



Aevitae

Postbus 2705, 6401 DE Heerlen

Gevolmachtigde VGZ Zorgverzekeraar NV

Aanvraagformulier Zorgverzekering

Gegevens verzekeringnemer:

Achternaam verzekeringnemer:	Voorletters:
Woonadres:	Postcode en woonplaats:
Telefoonnr. (thuis/werk):	Bank- of gironummer:
Correspondentieadres (indien afwijkend van woonadres):	
E-mail:	

Ingangsdatum zorgverzekering:

Gegevens van de te verzekeren personen:

Gezinslid Nummer	Achternaam (bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam)	Voorletters	Geslacht	Geboortedatum	Burger Service Nr. (voorheen sofi-nummer)	Eigen Risico ¹	Nationaliteit ²
1							
2							
3							
4							
5							

Wonen alle te verzekeren personen op hetzelfde adres:

ja

nee, gezinslidnummer woont op het navolgende adres

dit in verband met de volgende reden

¹ Het eigen risico is alleen van toepassing voor verzekerden vanaf 18 jaar en heeft geen betrekking op aanvullende verzekeringen.

De volgende eigen risico's zijn per persoon mogelijk: €0,00 €100,00 €200,00 €300,00 €400,00 €500,00

² Indien u niet in het bezit bent van de Nederlandse nationaliteit verzoeken wij u ons te doen toekomen:

Voor EU- en EER burgers: een kopie paspoort of Europese identiteitskaart

Voor overige nationaliteiten: een geldige verblijfsvergunning (voor en achterzijde van vreemdelingendocument)

Huisarts*

Naam huisarts:	
Straat:	
Postcode / huisnummer:	Plaats praktijk:

* Als de door u te verzekeren personen een andere huisarts hebben dan kunt u dit separaat aan ons doorgeven.

Heeft één van de door u te verzekeren personen inkomen uit een ander land dan Nederland? ja nee

Zo ja, welk gezinslid, wat is de aard van het inkomen en uit welk land

Werd er ooit een zorgverzekering geweigerd of beëindigd in verband met wanbetaling? ja nee

Zo ja, door wie en wanneer

Gewenste aanvullende verzekering

Aevitae Plus Pakket*

Aevitae Top Pakket*

Aevitae Vip Pakket*

* gezinsprincipe van toepassing

Stuur mij informatie over de doorlopende reisverzekering, die naadloos aansluit op mijn Aevitae zorgverzekering

Gewenste Tandartsverzekering

Tandartsverzekering 100% tot maximaal € 350,00

Tandartsverzekering 100% tot maximaal € 750,00*

Tandartsverzekering 100% tot maximaal € 1250,00*

Tandartsverzekering 100% tot maximaal € 1750,00*

* Voor deze tandartsverzekeringen dient een tandheerkundige gezondheidsverklaring te worden ingevuld.

Naam werkgever (alleen invullen bij collectieve zorgverzekering)

Naam werkgever:

Bedrijfsonderdeel:

Personeelsnummer:

Datum indiensttreding:

Premiebetaling

Per automatische afschrijving

per maand

per kwartaal

per halfjaar

per jaar (3% korting)

Per acceptgirokaart

per jaar (3% korting)

Via werkgever (uitsluitend mogelijk indien met werkgever overeengekomen)

Gegevens vorige ziektekostenverzekeraar (per verzekerd gezinslid*)

Uitschrijfbewijs vorige verzekeraar svp meezenden. Indien nog niet in uw bezit, dan inzenden zodra ontvangen.

Naam Zorgverzekeraar:

Geboortedatum verzekerde:

Inschrijfnummer:

Beëindigingsdatum:

Opzegging geldt voor basis aanvullend beide verzekeringen

Naam Zorgverzekeraar:

Naam Zorgverzekeraar:

Geboortedatum verzekerde:

Geboortedatum verzekerde:

Inschrijfnummer:

Inschrijfnummer:

Beëindigingsdatum:

Beëindigingsdatum:

Opzegging geldt voor basis aanvullend beide verzekeringen

Opzegging geldt voor basis aanvullend beide verzekeringen

Naam Zorgverzekeraar:

Naam Zorgverzekeraar:

Geboortedatum verzekerde:

Geboortedatum verzekerde:

Inschrijfnummer:

Inschrijfnummer:

Beëindigingsdatum:

Beëindigingsdatum:

Opzegging geldt voor basis aanvullend beide verzekeringen

Opzegging geldt voor basis aanvullend beide verzekeringen

Ondertekening verzekeringnemer

* Door ondertekening van dit formulier verklaart ondergetekende deze verzekering(en) te willen sluiten en verleent Aevitae toestemming tot opzegging van de huidige zorgverzekering. Verzekeringnemer is bekend met de voor de zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekering(en) geldende verzekeringsvoorwaarden en gaat akkoord met de toepasselijkheid hiervan.

Ondergetekende verklaart de vragen op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben beantwoord en alle voor de verzekering van belang zijnde feiten die hij kent of behoort te kennen over zichzelf en eventueel mee te verzekeren personen aan Aevitae te hebben meegedeeld. Onjuiste of onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van feiten kan tot gevolg hebben dat de verzekering wordt opgezegd door Aevitae.

Datum:

Handtekening verzekeringnemer: