

**Aevitae**

Postbus 2705, 6401 DE Heerlen

Gevolmachtigde VGZ Zorgverzekeraar NV

## Bijgeschrijvingsformulier Zorgverzekering

**Gegevens verzekeringnemer:**

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

**Natura/Restitutie** VGZ Zorgverzekering  VGZ Restitutieverzekering**Ingangsdatum zorgverzekering:**

Overeenkomstnummer:

**Gegevens van de te verzekeren personen:**

Gezinslid Nummer	Achternaam (bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam)	Voorletters	Geslacht	Geboortedatum	Burgerservicenummer (voorheen sofi-nummer)	Nationaliteit <sup>1</sup>	Vrijwillig <sup>2</sup> eigen risico
1							
2							
3							
4							
5							

Indien de bijschrijving een geboorte betreft, hoeft u verder alleen het formulier te ondertekenen.

Wonen alle te verzekeren personen op hetzelfde adres?

 ja  
 nee, gezinslidnummer  woont op het navolgende adres in verband met de volgende reden <sup>1</sup> 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 kopie van de beschikking van de Immigratie- en Naturalisatiedienst.

<sup>2</sup> Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico per kalenderjaar. Naast dit verplichte eigen risico heeft u de mogelijkheid een vrijwillig eigen risico te kiezen. De volgende vrijwillige eigen risico's zijn per persoon mogelijk: €0,00 €100,00 €200,00 €300,00 €400,00 €500,00.**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

Heeft u bij uw huidige verzekeraar de verschuldigde premie voldaan?  ja  nee

**Gewenste aanvullende verzekering partner**

Geboortedatum

- Beperkte Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Uitgebreide Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Plus Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- VGZ Jong Pakket
- VGZ Gezin Pakket
- VGZ Vitaal Pakket

Voor kinderen onder 18 jaar hoeft u geen keuze voor de aanvullende verzekering te maken. Zij krijgen automatisch (gratis) dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringnemer. Indien de verzekeringnemer kiest voor een VGZ Jong Pakket of VGZ Vitaal Pakket dan krijgt het kind onder de 18 jaar automatisch (gratis) de Uitgebreide Aanvullende Verzekering en het Tand Beter Pakket.

**Gewenste aanvullende verzekering kind 1 (boven 18)**

Geboortedatum

- Beperkte Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Uitgebreide Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Plus Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- VGZ Jong Pakket
- VGZ Gezin Pakket
- VGZ Vitaal Pakket

**Gewenste aanvullende verzekering kind 2 (boven 18)**

Geboortedatum

- Beperkte Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Uitgebreide Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Plus Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- VGZ Jong Pakket
- VGZ Gezin Pakket
- VGZ Vitaal Pakket

**Gewenste aanvullende verzekering kind 3 (boven 18)**

Geboortedatum

- Beperkte Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Uitgebreide Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Plus Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- VGZ Jong Pakket
- VGZ Gezin Pakket
- VGZ Vitaal Pakket

**Gewenste aanvullende verzekering kind 4 (boven 18)**

Geboortedatum

- Beperkte Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Uitgebreide Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- Plus Aanvullende Verzekering    Eventueel in combinatie met     Tand Goed Pakket    of     Tand Beter Pakket\*    of     Tand Best Pakket\*
- VGZ Jong Pakket
- VGZ Gezin Pakket
- VGZ Vitaal Pakket

\* Voor deze tandartsverzekering dient een aanvraagformulier tandartsverzekering te worden ingevuld.

Gegevens vorige zorgverzekeraar (per verzekerd gezinslid\*)

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

Naam zorgverzekeraar:	Naam zorgverzekeraar:
Geboortedatum verzekerde:	Geboortedatum verzekerde:
Inschrijfnummer:	Inschrijfnummer:
Beëindigingsdatum:	Beëindigingsdatum:
Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> beide verzekeringen	Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> beide verzekeringen

Naam zorgverzekeraar:	Naam zorgverzekeraar:
Geboortedatum verzekerde:	Geboortedatum verzekerde:
Inschrijfnummer:	Inschrijfnummer:
Beëindigingsdatum:	Beëindigingsdatum:
Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> beide verzekeringen	Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> beide verzekeringen

Naam zorgverzekeraar:	Naam zorgverzekeraar:
Geboortedatum verzekerde:	Geboortedatum verzekerde:
Inschrijfnummer:	Inschrijfnummer:
Beëindigingsdatum:	Beëindigingsdatum:
Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> beide verzekeringen	Opzegging geldt voor <input type="radio"/> basis <input type="radio"/> aanvullend <input type="radio"/> 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:
--------	--------------------------------

æ