



Aevitae

Gevolmachtigde Avéro Achmea
Postbus 2705, 6401 DE Heerlen

Aanvraagformulier Zorgverzekering

Gegevens verzekeringnemer:

Achternaam verzekeringnemer:		Voorletters:
Geslacht: <input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw	Geboortedatum:	Burgerservicenr:
Nationaliteit ¹ :	Vrijwillig eigen risico ² :	
Woonadres:	Postcode en woonplaats:	
Correspondentieadres (indien afwijkend van woonadres):		
Telefoonnr. (thuis/overdag):	E-mail:	

Ingangsdatum zorgverzekering:

Gegevens van de te verzekeren personen:

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

Wonen alle te verzekeren personen op hetzelfde adres?

- ja
 nee, gezinslidnummer woont op het navolgende adres

in verband met de volgende reden

¹ 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.

² 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 Aanvullende verzekering START Aanvullende verzekering ROYAAL
 Aanvullende verzekering EXTRA Aanvullende verzekering EXCELLENT*

* Voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering dient een gezondheidsverklaring te worden ingevuld. Dit formulier kunt u downloaden via www.aevitae.com. Het kan zijn dat er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is. In dat geval heeft de beantwoording van deze vragen geen invloed op de beoordeling van uw aanvraag.

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

Gewenste tandartsverzekering Aanvullende verzekering T Start Aanvullende verzekering T Royaal*
 Aanvullende verzekering T Extra Aanvullende verzekering T Excellent*

* Voor deze tandartsverzekering dient u door uw tandarts een tandheelkundig keuringsrapport in te laten vullen. Dit formulier kunt u downloaden via www.aevitae.com. Indien er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is voegen wij de tandheelkundige verzekering direct toe

Naam werkgever (alleen invullen bij collectieve zorgverzekering)

Naam werkgever:

Bedrijfsnummer:

Persoonsnummer:

Datum indiensttreding:

Betaling (premie)

Per automatische afschrijving per maand per kwartaal per halfjaar per jaar (2,5% korting)

Via werkgever (uitsluitend mogelijk indien met werkgever overeengekomen)

Hoe wilt u uw eigen risico en andere aan Aevitae verschuldigde bedragen betalen? automatisch

Bank- of gironummer:

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 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

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: