

**Aevitae**

Postbus 2705, 6401 DE Heerlen  
Gevolmachtigde Avéro Achmea

## Bijbeschrijvingformulier Zorgverzekering

**Gegevens verzekeringnemer:**

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

**Ingangsdatum bijbeschrijving:****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 eigen risico <sup>2</sup>
1							
2							
3							
4							
5							

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

Wonen alle nieuw 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 verzekering van welke aard dan ook 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](http://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.

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](http://www.aevitae.com). Indien er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is, voegen wij de tandheelkundige verzekering direct toe.

Gegevens vorige zorgverzekeraar (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: