

Aanmeldingsformulier

Basisverzekering en aanvullende verzekering

Belangrijk: Leest u eerst de toelichting. Wij kunnen pas tot inschrijving overgaan als dit formulier volledig is ingevuld en ondertekend.

Naam verzekeringsadviseur : TCF BV
Relatienummer : 106090

1 Gegevens verzekeringnemer (zie toelichting)

Offertenummer : n.v.t.
Voorletters en naam : _____
Straat en huisnummer : _____
Postcode en woonplaats : _____
Gewenste ingangsdatum : _____
Telefoonnummer overdag : _____

2 Te verzekeren personen (zie toelichting)

Indien u een verzekering voor uzelf wenst te sluiten, verzoeken wij u de gevraagde informatie bij 'Verzekeringnemer' op te nemen. De overige door u te verzekeren personen kunt u bij 'Verzekerde 2' en verder invullen.

	Voorletters en naam	Burgerservicenummer	Geboortedatum	Geslacht
Verzekeringnemer :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde 2 :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde 3 :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde 4 :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde 5 :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde 6 :	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

3 Wonen deze personen op hetzelfde adres als u? Ja Nee

Zo nee, wat is dan de postcode en het huisnummer?

Verzekerde 2 :	_____	Verzekerde 4 :	_____
Verzekerde 3 :	_____	Verzekerde 5 :	_____
		Verzekerde 6 :	_____

4 Hebben deze personen de Nederlandse nationaliteit (zie toelichting)? Ja Nee

Zo nee, welke nationaliteit dan?

Verzekeringnemer :	_____	Verzekerde 4 :	_____
Verzekerde 2 :	_____	Verzekerde 5 :	_____
Verzekerde 3 :	_____	Verzekerde 6 :	_____

Let op: indien u niet de Nederlandse nationaliteit bezit, dient u een kopie van uw identiteitsbewijs of verblijfsvergunning mee te sturen.

5 Welk vrijwillig eigen risico wenst u voor uzelf en/of voor deze personen (zie toelichting)?

Kinderen jonger dan 18 jaar betalen geen premie en kunnen dus ook geen eigen risico kiezen.

Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> € 0,-	<input type="checkbox"/> € 100,-	<input type="checkbox"/> € 200,-	<input type="checkbox"/> € 300,-	<input type="checkbox"/> € 400,-	<input type="checkbox"/> € 500,-

Let op: als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan machtigt u ons door ondertekening van dit formulier tevens tot automatische incasso van door Stad Holland Zorgverzekeraar betaalde zorgkosten die vallen onder het verplicht en vrijwillig eigen risico.

6 Wenst u voor deze personen een aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo ja, voor welke aanvullende verzekering kiest u? (één hokje aankruisen s.v.p.)

Standaard AV Uitgebreide AV Extra Uitgebreide AV

AV Zorg Riant AV Zorg deLuxe AV Zorg Student

Wenst u het VipPakket voor ziekenhuisverpleging? Ja Nee

(alleen mogelijk in combinatie met AV Zorg Riant of AV Zorg deLuxe)

7 Waar bent u tot nu toe tegen ziektekosten verzekerd (zie toelichting)?

	Naam verzekeraar	Polisnummer(s)
Verzekeringnemer :	_____	_____
Verzekerde 2 :	_____	_____
Verzekerde 3 :	_____	_____
Verzekerde 4 :	_____	_____
Verzekerde 5 :	_____	_____
Verzekerde 6 :	_____	_____

Indien u geen basisverzekering heeft, wilt u dan de volgende vraag beantwoorden:

Bent u recent in Nederland komen wonen? Ja Nee

De huidige basisverzekering(en) en aanvullende verzekering(en)/tandartsverzekering(en) worden door ons opgezegd.

De huidige basisverzekering(en) en aanvullende verzekering(en)/tandartsverzekering(en) opzeggen

Alleen de basisverzekering opzeggen

8 Aanvullende gegevens (zie toelichting)

A. Bent u en/of de te verzekeren personen Nederlands ingezetene(n)?

B. Bent u en/of de te verzekeren personen in het buitenland belastingplichtig?

	A. Nederlands ingezetene	B. Belastingplichtig in het buitenland
Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

9 Wijze van betaling (zie toelichting)

Hoe wilt u de premie(s) voldoen? Per maand Per kwartaal Per half jaar Per jaar

Rekeningnummer :

Om de door u ingediende nota's uit te kunnen betalen, is het van belang dat u uw rekeningnummer invult.

Wilt u de betalingen automatisch laten afschrijven? Ja Nee

10 Verklaring verzekeringnemer

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u:

- de voorafgaande vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord en kennis te hebben genomen van de toelichting bij dit formulier;
- op de hoogte te zijn dat u na acceptatie premiebetaling verschuldigd bent vanaf de ingangsdatum van de verzekering(en), ongeacht de datum van polisafgifte;
- akkoord te zijn met het opzeggen door Stad Holland Zorgverzekeraar van de huidige basisverzekering(en) en aanvullende verzekering(en)/tandartsverzekering(en) van de bij vraag 7 vermelde verzekerden.

Handtekening verzekeringnemer

Datum

- Vraag 1 De verzekeringnemer is verantwoordelijk voor de premiebetaling voor de verzekeringen die hij/zij voor zichzelf, voor gezinsleden en/of voor derden afsluit. De verzekeringnemer moet 18 jaar of ouder zijn.
- Vraag 2 Het burgerservicenummer vervangt het sofinummer.
- Vraag 4 Is de te verzekeren persoon een EU-onderdaan, dan kan worden volstaan met een kopie van het paspoort of de identiteitskaart. Is de te verzekeren persoon geen EU-onderdaan en 12 jaar of ouder, dan dient u bij de aanmelding een kopie te overleggen van de voor- en achterzijde van het door de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) verstrekte vreemdelingendocument. Voor kinderen jonger dan 12 jaar hoeft u geen verblijfsdocument mee te sturen.
- Vraag 5 Het eigen risico is het bedrag aan zorgkosten dat in een kalenderjaar niet door de verzekeraar wordt vergoed, maar voor rekening van de verzekerde komt. De overheid heeft een verplicht eigen risico van € 155,- vastgesteld per 1 januari 2009. Bovenop het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. In ruil voor het risico dat u neemt, betaalt u een lagere premie. Kinderen jonger dan 18 jaar betalen geen premie en kunnen dus ook geen eigen risico kiezen. Hieronder vindt u een overzicht van de verschillende keuzemogelijkheden voor het vrijwillig eigen risico, met de bijbehorende kortingen.

Premiekorting vrijwillig eigen risico

Vrijwillig eigen risico per jaar	Korting per jaar	Korting per maand
€ 100,-	€ 42,-	€ 3,50
€ 200,-	€ 78,-	€ 6,50
€ 300,-	€ 114,-	€ 9,50
€ 400,-	€ 150,-	€ 12,50
€ 500,-	€ 186,-	€ 15,50

Let op: als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan machtigt u ons door ondertekening van dit formulier tevens tot automatische incasso van door Stad Holland Zorgverzekeraar betaalde zorgkosten die vallen onder het verplicht en vrijwillig eigen risico.

- Vraag 7 U kunt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Uw verzoek tot inschrijving moet dan wel uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn.
- U kunt gedurende het kalenderjaar slechts om twee redenen overstappen naar een andere zorgverzekeraar:
- indien u verandert van werkgever en u zowel bij de oude als bij de nieuwe werkgever collectief voor ziektekosten verzekerd bent;
 - indien u zelf verzekeringnemer wordt en zelf de premie betaalt. Dit kan gebeuren bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd of op verzoek. Tot dat moment was u verzekerd bij iemand anders op de polis.
- Vraag 8 In het algemeen heeft iemand recht op de basisverzekering als:
- hij/zij rechtmatig in Nederland woont, of
 - hij/zij in het buitenland woont, maar in Nederland inkomen heeft waarover belasting betaald wordt.
- Als iemand Nederlands ingezetene is, maar langer dan drie maanden in het buitenland werkt voor een niet-Nederlandse werkgever, dan is hij/zij niet Nederlands belastingplichtig. Hij/zij dient zich dan voor een zorgverzekering te wenden tot Zorgverzekeraar CZ.
- Vraag 9 De premie voor de basis- en aanvullende verzekering moeten maandelijks bij vooruitbetaling worden voldaan. Indien u ervoor kiest om een langere periode vooruit te betalen, gelden onderstaande kortingen.

Betalingskorting

Betalingstermijn	Korting
Kwartaal	0,75%
Half jaar	1,50%
Jaar	3,00%

Automatische incasso geldt zowel voor de premie als voor door Stad Holland Zorgverzekeraar betaalde zorgkosten, die vallen onder het verplicht eigen risico.

Algemeen

Deze aanvraag voor een basisverzekering en eventuele aanvullende verzekering geldt ook voor de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

Uw persoonsgegevens worden door OWM Stad Holland Zorgverzekeraar u.a. verwerkt voor het sluiten en uitvoeren van de (verzekerings)overeenkomst, het beheer en de daaruit voortvloeiende activiteiten. OWM Stad Holland Zorgverzekeraar u.a. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Op deze verwerking is de gedragscode van de brancheorganisatie van toepassing.

Naam-, adres- en woonplaatsgegevens (NAW-gegevens) worden, via VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg), beschikbaar gesteld aan zorgverleners om uw recht op verzekering te kunnen controleren, zodat zij vervolgens rechtstreeks bij Stad Holland Zorgverzekeraar kunnen declareren.

Heeft u nog vragen over dit aanmeldingsformulier, belt u dan (010) 2 466 480. Wij zijn van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 17.30 uur telefonisch bereikbaar.