

Aanmelding Basisverzekering en aanvullende verzekering(en)

Nadere informatie over dit formulier vindt u in de toelichting. Wij adviseren u deze toelichting vooraf goed te lezen.

1. Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s)	Voorvoegsel(s)	Achternaam	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode		Plaatsnaam	
Tel. nummer		E-mailadres	
Geslacht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		Geboortedatum	
Burgerservicenummer ⁽¹⁾		Nationaliteit ⁽²⁾	

2. Collectiviteit

Heeft u of uw partner een werkgever/organisatie die meedoet aan een collectieve regeling bij De Friesland Zorgverzekeraar? Ja Nee

Maakt u gebruik van de collectiviteit, waar u zelf recht op hebt of van de collectiviteit via uw partner? Zelf Via partner

Wilt u hieronder aangeven met welke werkgever/organisatie De Friesland deze collectiviteit heeft afgesloten?

Bedrijfsgegevens	Collectiviteitsnummer (en stempel indien nodig) zie toelichting
Bedrijfsnaam	
Adres	
Plaatsnaam	

3. De te verzekeren personen

Wilt u uzelf als verzekeringnemer ook aanmelden als verzekerde voor de Basisverzekering? Ja Nee

	Achternaam + voorvoegsel(s)	Voorletter(s)	Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer ⁽¹⁾	Nationaliteit ⁽²⁾
Partner				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		
Kind 1				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		
Kind 2				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		
Kind 3				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		
Kind 4				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v		

4. Ingangsdatum Basisverzekering en keuze vrijwillig eigen risico ⁽³⁾

	Ingangsdatum	€ 0,-	€ 100,-	€ 200,-	€ 300,-	€ 400,-	€ 500,-
Verzekeringnemer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Keuze aanvullende verzekering(en) ⁽⁴⁾

	AV Standaard	AV Extra	AV Optimaal	AV Student ⁽⁵⁾	AV Gezin	AV 55 Plus	Geen AV	AV Tand Standaard	AV Tand Extra	AV Tand Optimaal ⁽⁶⁾	Geen AV Tand
Verzekeringnemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Zonder dit nummer kunnen wij uw aanmelding niet in behandeling nemen.

⁽²⁾ Indien u niet de Nederlandse nationaliteit hebt, dient u stukken mee te sturen. Zie toelichting vraag 1.

⁽³⁾ Naast dit vrijwillig eigen risico geldt er vanaf 1 januari 2010 een verplicht eigen risico van € 165,- voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zie toelichting.

⁽⁴⁾ Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd als zij dezelfde aanvullende verzekering hebben als een van de ouders. Zie toelichting.

⁽⁵⁾ De AV Student kan worden afgesloten voor studenten die een dagopleiding volgen en tussen de 18 en 27 jaar zijn. Zie toelichting.

⁽⁶⁾ Voor de AV Tand Optimaal dient u een tandheelkundig keuringsrapport in te laten vullen door uw tandarts. Zie toelichting.

6. Betaling

Hoe wilt u de premie betalen? Per maand Per kwartaal (0,5% korting) Per halfjaar (1% korting) Per jaar (2% korting)

Wilt u de premie automatisch betalen?

Ja Nee

Van welk rekeningnummer kan de premie worden afgeschreven?

Naam rekeninghouder

Wilt u het eigen risico automatisch betalen?

Ja Nee

Van welk rekeningnummer kan het eigen risico worden afgeschreven?

Naam rekeninghouder

Op welk rekeningnummer kunnen vergoedingen worden uitbetaald?

Naam rekeninghouder

7. Overig

Stapt u over van een andere maatschappij?

Ja, ga naar vraag 7.a Nee, ga naar vraag 7.b

a Per welke datum stapt u over?

Naam van uw huidige maatschappij:

Wat is de reden van uw overstap? Collectieve verzekering

Alle verzekeringen bij een maatschappij ondergebracht

Aantrekkelijke premie

De Friesland staat goed bekend

Goede dekking/voorwaarden

Anders, nl.

Heeft u de huidige verzekering al opgezegd? Ja, onderteken het formulier Nee, ga naar vraag 8. Opzegging zorgverzekering(en)

b Bent u woonachtig in het buitenland?

Ja Nee

Zo ja, werkt u voor een Nederlandse werkgever of hebt u in

Nederland een eigen bedrijf?

Ja, sinds Nee

Meldt u zich aan, omdat u uit actieve militaire dienst komt?

Ja, uit dienst per Nee

Meldt u zich aan, omdat u uit het buitenland komt?

Ja, per wanneer bent u in Nederland? Nee

Wat was de reden van uw verblijf in het buitenland?

8. Opzegging zorgverzekering(en)

Wanneer u overstapt naar De Friesland kunnen wij uw huidige verzekering voor u opzeggen.

Let op: Voor overstappen per 1 januari dient u ervoor te zorgen dat dit formulier uiterlijk 31 december bij De Friesland aanwezig is.

De Friesland Opzegservice

Ondergetekende maakt gebruik van De Friesland Opzegservice: Ja, vul onderstaande gegevens in Nee, onderteken het formulier

Indien u geen gebruik maakt van de opzegservice gaan wij er vanuit, dat u zelf de opzegging bij uw oude maatschappij regelt.

Opzegging heeft betrekking op:

Basisverzekering met polisnummer

Aanvullende verzekering met polisnummer

Aanvullende tandverzekering met polisnummer

Deze opzegging geldt tevens voor de volgende personen:

	Naam + voorletters	Polisnummer maatschappij	Naam maatschappij
Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Ondertekening

Datum

Handtekening verzekeringnemer