



Aanvraag Collectieve (aanvullende) zorgverzekering

Met dit formulier kunt u een collectieve (aanvullende) zorgverzekering aanvragen of een persoon aanmelden voor een bestaande verzekering. Kruis aan wat voor u van toepassing is. Graag invullen in blokletters.

Nieuwe verzekering Aanmelden nieuwe verzekerde voor een bestaande verzekering

A. Persoonlijke gegevens

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas of in Mijn VGZ.

Bent u al bij ons verzekerd en wilt u alleen een nieuwe verzekerde aanmelden?
Vul dan hier uw klantnummer, naam en geboortedatum in en ga door naar vraag B.

Klantnummer

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
2

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

Straat Huisnummer Toevoeging huisnummer

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel telefoonnummer

E-mailadres

Vraagt u voor uzelf een verzekering aan? Ja Nee

B. Persoonlijke gegevens te verzekeren personen

Vraagt u voor uw gezinsleden of andere personen een verzekering aan? Ja Nee
Zo nee, ga door naar vraag C.

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
2

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
3

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
4

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
5

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
6

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit
 Man Vrouw NL Anders*

C. Inkomsten uit het buitenland

Inkomsten zijn loon, winst of andere inkomsten uit arbeid, pensioen of sociale verzekering. Heeft u vragen over uw zorgverzekering in verband met inkomsten uit het buitenland? Kijk dan op onze website voor meer informatie.

Ontvangt 1 van de personen voor wie u deze verzekering aanvraagt inkomsten uit het buitenland? Ja Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde 1 2 3 4 5 6

D. Collectieve verzekering

Naam werkgever/organisatie

Datum indiensttreding bij werkgever

* Uw collectiviteitsnummer, personeelsnummer of lidmaatschapsnummer kunt u opvragen bij uw werkgever of organisatie.

Collectiviteitsnummer*

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer*

Wij kunnen bij uw werkgever of organisatie navragen of u recht heeft op deelname aan een collectieve verzekering.

E. Basisverzekering

Meer informatie over de basisverzekering en het eigen risico vindt u op onze website.

Welke basisverzekering wilt u? Geef hier uw keuze aan.

| | VGZ Ruime Keuze | VGZ Eigen Keuze |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eigen risico

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering.

Iedereen van 18 jaar en ouder kan daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Wilt u een vrijwillig eigen risico? Ja Nee

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan. Voor personen tot 18 jaar hoeft u geen keuze te maken.

| | € 100 | € 200 | € 300 | € 400 | € 500 |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Aanvullende verzekering

Meer informatie over de aanvullende verzekeringen vindt u op onze website.

Wilt u een aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan.

Wilt u geen aanvullende verzekering? Ga dan verder met vraag H.

Voor personen onder de 18 jaar hoeft u geen keuze te maken. Zij krijgen automatisch de hoogste aanvullende verzekering van 1 van de ouders/verzorgers. Voor de tandartsverzekering VGZ Werkt Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar de tandheelkundige verklaring invullen.

| | VGZ Werkt Goed | VGZ Werkt Beter | VGZ Werkt Best | VGZ Werkt Tand Goed | VGZ Werkt Tand Beter | VGZ Werkt Tand Best |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Verzekerde 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzekerde 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G. Tandheelkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in voor personen die een VGZ Werkt Tand Best aanvragen. Voor Werkt Tand Goed en Werkt Tand Beter hoeft u deze verklaring niet in te vullen. Vraagt u geen tandartsverzekering aan? Ga dan verder naar vraag H.

1. Zijn de personen van 18 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt de afgelopen 2 jaar voor een jaarlijkse controle bij de tandarts geweest?

Ja Nee

Zo nee, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1 2 3 4 5 6

2. Verwachten de personen van 18 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt binnen nu en 1 jaar 1 of meer van de volgende behandelingen? Of zijn de personen voor wie u deze verzekering aanvraagt, gestart met 1 of meer behandelingen voor:

- 2 of meer kronen
- 1 of meer brug(gen)
- 1 of meer implanta(a)t(en)
- een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame)
- een uitgebreide tandvleesbehandeling (parodontale behandeling)

Ja Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1 2 3 4 5 6

3. Verwachten de personen van 8 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt binnen nu en 1 jaar een orthodontiebehandeling? Of zijn de personen van 8 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt, gestart met een orthodontiebehandeling?

Ja Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1 2 3 4 5 6

Wij mogen de door u opgegeven informatie controleren bij uw tandarts.

H. Ingangsdatum en opzegservice

De ingangsdatum van uw zorgverzekering kan afwijken van wat u hier invult. De ingangsdatum is afhankelijk van het moment waarop wij uw verzekeringsplicht kunnen vaststellen en de einddatum van uw oude zorgverzekering.

De verzekering moet ingaan per

Hebben de personen voor wie u een verzekering aanvraagt op dit moment een zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar?

Ja Nee

Zo nee, vul dan vraag 2 in.

1. Als u een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons voor de personen voor wie u de verzekering aanvraagt toestemming de oude zorgverzekering(en) op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekering(en). Wilt u dat de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd wordt/worden? Geef dat dan hieronder aan.

De aanvullende verzekering(en) moet(en) niet opgezegd worden.

2. De personen voor wie u een verzekering aanvraagt, hebben op dit moment geen zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Vermeld hier welke situatie van toepassing is.

- Pasgeboren Geadopteerd Als militair verzekerd
 Afkomstig uit buitenland Gemoedsbezwaard geweest Niet verzekerd

I. Betaling

Meldt u een nieuwe verzekerde aan voor een bestaande verzekering? Dan hoeft u deze vraag niet in te vullen. De wijze van premiebetaling verandert niet.

Wat is uw rekeningnummer?

IBAN

Zonder rekeningnummer kunnen wij uw nota's niet uitbetalen.

Hoe wilt u de premie en andere verschuldigde bedragen betalen?

Betaling per automatische incasso is gratis. Geef hieronder uw keuze aan.

- Maandbetaling via automatische incasso Jaarbetaling via automatische incasso
 Maandbetaling via papieren factuur (u betaalt € 1,50 per papieren factuur) Jaarbetaling via papieren factuur

Toestemming voor automatische incasso

Kiest u voor automatische incasso? Dan geldt uw toestemming voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Als een automatische afschrijving niet kan worden uitgevoerd, krijgt u van ons een papieren factuur. Hiervoor betaalt u € 1,50 per factuur.

Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Kiest u voor automatische incasso? Wij schrijven maximaal € 220 per maand automatisch af voor eigen risico, eigen bijdragen of vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald. Voor bedragen boven de € 220 krijgt u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

J. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. U gaat akkoord met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst en de Zorgverzekeringskaart. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum, opzegservice (rubriek H) en betalingswijze (rubriek I) zoals opgenomen op dit aanvraagformulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op www.vgz.nl. Op verzoek sturen wij u de voorwaarden toe. Inschrijving vindt plaats nadat wij hebben vastgesteld dat te verzekeren personen aan de voorwaarden voor een zorgverzekering voldoen.

Door het afsluiten van een zorgverzekering met VGZ Zorgverzekeraar N.V. wordt ondergetekende ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u aangeeft daar geen prijs op te stellen. Deze coöperatie is houder van alle aandelen VGZ Zorgverzekeraar N.V. en behartigt het belang van haar leden op het gebied van (zorg)verzekeringen. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst(en) wordt het lidmaatschap ook beëindigd.

Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering vragen wij u om persoonsgegevens. Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(-en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgverleners en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Als u deze overeenkomst aangaat of wijzigt, dan geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons)gegevens voor de doelen zoals hiervoor vermeld. Bij het uitvoeren van uw verzekering(en) verwerken wij uw persoonsgegevens in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving, waaronder de Algemene verordening gegevensbescherming. In ons privacystatement op onze website kunt u meer lezen over de omgang met uw persoonsgegevens en uw rechten. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, kunt u die richten aan privacy@vgz.nl.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Heeft u een vraag? Kijk dan op www.vgz.nl/contact. Wij helpen u graag.

Vul ook de datum en plaats in. Staat uw handtekening op het formulier? Dan kunt u het opsturen naar:

Gegevens VGZ

Hieronder vindt u de gegevens van Coöperatie VGZ. U vindt de incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

VGZ

Postbus 25210
5600 RS Eindhoven
Nederland

Incassant-ID
NL12ZZZ091567230000

U geeft VGZ toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor het versturen van:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| • het polisblad | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| • informatie over uw zorgverzekering <i>mededelingen over uw zorgverzekering zoals wijzigingen in de premie en/of verzekeringsvoorwaarden</i> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| • nieuwsbrieven en aanbiedingen <i>zorginformatie zoals nieuwsbrieven en aanbiedingen</i> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer