

Aanmelding basisverzekering en aanvullende verzekering Frieso Compleet

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Harlingertrekweg 53, 8913 HR Leeuwarden
Telefoon (058) 291 31 31 www.defriesland.nl

In te vullen door de Gemeentelijke Sociale Dienst

Naam gemeente

Stempel

Collectiviteitsnummer

De aanmelding voor de basisverzekering en Aanvullende Verzekering Frieso gaat altijd via de Gemeentelijke Sociale Dienst. Wanneer u wilt overstappen per 1 januari dient u ervoor te zorgen dat dit formulier uiterlijk 31 december bij De Friesland aanwezig is.

1. Gegevens verzekeringnemer

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

⁽¹⁾ Indien u niet de Nederlandse nationaliteit heeft maar van een van de EU-landen, stuur dan een kopie van uw geldig paspoort of identiteitsbewijs mee. Indien u een nationaliteit heeft van buiten de EU, stuur dan een kopie van de voor- en achterzijde van uw verblijfsdocument mee.

a. Communicatievoorkeur (meerdere keuzes mogelijk)

Ik ontvang de correspondentie, het polisblad en voorwaarden voor mijzelf en mijn verzekerden digitaal ⁽²⁾ Ja Nee

⁽²⁾ Verzekerden vanaf 16 jaar die de persoonlijke correspondentie digitaal willen ontvangen, moeten hiervoor toestemming geven. Het betreft o.a. correspondentie over gebruikte zorg en eigen risico (dit laatste is van toepassing vanaf 18 jaar). Met het persoonlijke e-mailadres en een paraaf geeft de verzekerde hiervoor toestemming.

	Voorletter(s)	Voorvoegsel(s) + achternaam	E-mailadres	Akkoord	Paraaf
Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. De te verzekeren personen

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

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

3. Basisverzekering Alles Verzorgd Polis en Aanvullende Verzekering Frieso Compleet

Ingangsdatum

Vervolg op achterzijde

4. Betaling

Wilt u de premie automatisch betalen? ⁽³⁾

Ja Nee

Wilt u het verplicht eigen risico gespreid betalen? ⁽⁴⁾

Ja, gespreid betalen o.b.v. declaratie

Ja, vooruitbetaling per maand

Van welk rekeningnummer (IBAN) kan worden afgeschreven?

NL

Op naam van

Let op: op dit rekeningnummer ontvangt u ook de uitbetaling van uw nota's.

⁽³⁾ Wanneer de premiebetaling via de Gemeentelijke Sociale Dienst of een uitkeringsinstantie loopt, hoeft u deze gegevens niet in te vullen.

⁽⁴⁾ Bij gespreide betaling van het verplicht eigen risico is een automatische incasso noodzakelijk.

5. Overig

Stapt u over van een andere verzekeringsmaatschappij?

Ja, ga naar vraag 5a Nee, ga naar vraag 5b

a. Per welke datum stapt u over?

Van welke verzekeringsmaatschappij komt u?

b. Meldt u zich aan, omdat u uit 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?

6. Opzegging zorgverzekering(en)

Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt u ons uw huidige zorgverzekering namens u op te zeggen. Indien u uw aanvullende verzekering(en) bij uw huidige zorgverzekeraar wenst te behouden, dient u onderstaand hokje met "AV niet opzeggen" aan te kruisen.

Deze opzegging geldt voor de volgende personen:

	Voorletter(s)	Voorvoegsel(s) + achternaam	Naam maatschappij	AV niet opzeggen
Verzekeringnemer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ondertekening

Met het ondertekenen van het formulier geeft u aan akkoord te zijn met de voorwaarden die De Friesland Zorgverzekeraar stelt. Zowel de verzekeringsvoorwaarden als de wet bepalen dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard, als u bij de aanvraag van deze verzekering onjuiste of onvolledige informatie hebt verstrekt.

Datum

Handtekening
verzekeringnemer