Gemeente Súdwest-Fryslân

Datum aanvraag	
Cliëntnummer	
Werkprocesnummer	
Consulent	

Gemeente Súdwest-Fryslân
Team IBSD, Cluster Minima
Postbus 10.000
8600 HA Sneek

Aanvraagformulier Collectieve Zorgkostenverzekering AV-Frieso 2024

	Aanvrager	**Partner**
Naam en voorletter(s)		
Adres		
Postcode/Woonplaats		
Geboortedatum		
Geslacht	M/V	M/V
BSN (BurgerServiceNummer)		
Telefoonnummer		
Nationaliteit		
E-mailadres		

Let op:

a) Vraagt u voor het eerst deze minimaregeling aan? Wilt u dan een kopie van uw identiteitsbewijs (geen rijbewijs) én een kopie van uw bankpas of een bankafschrift (waar uw IBAN op staat) met de aanvraag meesturen! Wilt u ook een kopie van het identiteitsbewijs van uw partner (indien van toepassing) meesturen!

b) ***Gaat het om een tweede (2e) aanvraag (vervolgaanvraag) voor deze regeling dan hoeft u deze bewijsstukken niet mee te sturen. Ook als u al eerder de Premie Aanvullende Zorgkostenverzekering, Bijdrageregeling Minima/Kindpakket of de Regeling Reiskosten Voortgezet Onderwijs heeft aangevraagd, hoeft u deze bewijsstukken niet in te leveren.***

1. Achterstand?

Let op! Bij een achterstand in de premiebetaling is deelname aan de AV Frieso ter beoordeling aan de verzekeraar.

1a. Heeft u een achterstand in de betaling van de premie? ☐ ja ☐ nee

1b. Heeft u een betalingsregeling afgesproken? ☐ ja ☐ nee

Let op! Als u een betalingsregeling heeft afgesproken, moet u deze regeling met deze aanvraag meesturen.

2. Wat is de gewenste ingangsdatum voor de Basisverzekering Alles Verzorgd Polis en Aanvullende verzekering Frieso compleet? _____ (datum invullen).

Let op. De verzekering kan niet met terugwerkende kracht ingaan en kan alleen ingaan per de 1e van de maand (de maand nadat wij uw aanvraag hebben afgerond).

3. Overstappen?

3a. Stapt u over van een andere zorgkostenverzekering? ☐ ja, ga verder met vraag 3b
☐ nee, ga verder met vraag 4

3b. Bij welke zorgkostenverzekering bent u nu verzekerd? _____
Bent u

Let op! Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt u de Friesland Zorgverzekeraar om uw huidige zorgverzekering namens u op te zeggen. Als u uw aanvullende verzekering(en) bij uw huidige zorgverzekeraar wilt houden, moet u onderstaand hokje met "Aanvullende Verzekering niet opzeggen" aan te kruisen.

☐ Aanvullende verzekering niet opzeggen.

Gemeente Súdwest-Fryslân

4. Betaling

Van welk rekeningnummer (IBAN) kan de zorgkostenpremie worden afgeschreven?

NL _____ Op naam van _____

Let op! Op dit IBAN ontvangt u ook de betaling van nota's van De Friesland.

5. Ontvangt u maandelijks een uitkering van de gemeente Súdwest-Fryslân?

☐ Ja, ga verder met vraag 7 én 8.
☐ Nee, ga verder met de vragen 6, 7 én 8.

6. Vul in onderstaand schema het netto maandinkomen van de maand voor de datum van aanvraag van u (en uw partner) in. ***Bijv. u vraagt in april aan; dan vult u de gegevens van maart in.***
Stuurt u ook een kopie van uw inkomensbewijzen mee van de maand voor de datum van aanvraag (loon-, pensioen of uitkerings-specificatie).
Bent u of uw partner ondernemer? Stuurt u dan de nieuwste jaarrekening en belastingaanslag mee.

Gezamenlijke netto inkomsten per maand:	**Aanvrager**		**Partner**	
Inkomen uit arbeid (dienstverband/zelfstandig)	€		€	
Pensioen	€		€	
Alimentatie (ook van de minderjarige kinderen)	€		€	
Uitkering (bijvoorbeeld WW, ZW, WAO, WIA, Wajong, AOW, Anw)	€		€	
Anders (bijv. heffingskortingen via de belasting-dienst), namelijk:	€		€	
Totaal inkomen per maand	€		€	

7. De te verzekeren personen

Wilt u uzelf aanmelden als verzekerde voor de basis- en aanvullende verzekering? ☐ ja ☐nee				
Wilt u uw partner aanmelden als verzekerde voor de basis- en aanvullende verzekering? ☐ ja ☐nee				
Wilt u hieronder de gegevens van uw kinderen invullen die ook onder de verzekering moeten vallen (kinderen tot 18 jaar).				
Voorletter(s), Voorvoegsel(s), Achternaam	**Geboorte-datum**	**Geslacht**	**BSN**	**Nationaliteit**
		M/V		
		M/V		
		M/V		
		M/V		
		M/V		

8. Ondertekening en akkoordverklaring aanvraag.

Ja, ik ga akkoord met deze aanvraag en heb alle gevraagde informatie ingevuld én stuur deze mee. Ik ga ermee akkoord dat wij deze informatie bewaren en alleen gebruiken voor de beoordeling van deze aanvraag. Door het ondertekenen van dit 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.	
Plaats:	Datum:
Handtekening aanvrager:	Handtekening partner:

Let op! Zorg ervoor dat u alle vragen invult en alle stukken meestuurt. Alleen dan kunnen wij uw aanvraag beoordelen.