

collectiviteitsnaam

collectiviteitsnummer

# De Goudse Zorg Polis Collectief inclusief Zorgverzuimmodule aanvraag verzekerden

intermediair

intermediarnummer

adresgegevens intermediair (of stempel)

# De Goudse Zorg Polis Collectief inclusief Zorg Verzuimmodule aanvraag verzekerden



Het ingevulde formulier kunt u opsturen naar: Aevitae B.V., Postbus 2561, 6401 DB Heerlen.

## 1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters		<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
straat en huisnummer			
postcode	plaats		
telefoon	mobiel	e-mail	
geboortedatum (d-m-j)	nationaliteit	burgerservicenummer	
bank- of girorekening			

## 2. INGANGSDATUM

gewenste ingangsdatum (d-m-j)	(kan niet eerder zijn dan datum indiensttreding)
datum indiensttreding (d-m-j)	
Onderstaande vraag geldt indien u werknemer in loondienst bent.	
Was u voorheen collectief verzekerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Zo ja, tot wanneer? (d-m-j)

## 3. WERKGEVER

bedrijfsnaam (voluit)
vestigingsplaats

## 4. TE VERZEKEREN PERSONEN (uitsluitend de met name hieronder genoemde personen zijn inbegrepen bij de verzekering)

Onderstaande personen verklaren met de ondertekening van dit formulier via De Goudse een overeenkomst van zorgverzekering aan te willen gaan met Aevitae B.V., gevolmachtigde van Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.

1 verzekeringnemer meeverzekeren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
----------------------------------	--

naam en voorletters	burgerservicenummer	partner, kind, anders	geslacht	geboorte- datum (d-m-j)
2			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
3			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
4			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
5			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
6			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	

Staan alle te verzekeren personen ingeschreven in de burgerlijke stand van een Nederlands gemeente?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, nl. verzekerde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
-----------------------------	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Verricht één van de te verzekeren personen werkzaamheden voor een Nederlandse werkgever uitsluitend in het buitenland?

<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl. verzekerde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
------------------------------	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

## 5. GEWENSTE DEKKING EN VRIJWILLIG EIGEN RISICO

### TYPE ZORGVERZEKERING EN VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Kruis hier per verzekerde het type standaardverzekering en het vrijwillig eigen risico\* aan dat u wenst.  
Gebruik hiervoor de nummering van de te verzekeren personen uit vraag 3.

verzekerde	POLIS		VRIJWILLIG EIGEN RISICO*					
	naturapolis	restitutiepolis	€ 0,-	€ 100,-	€ 200,-	€ 300,-	€ 400,-	€ 500,-
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Uw eigen risico bestaat uit het wettelijk verplicht eigen risico van € 170,- eventueel aangevuld met een vrijwillig eigen risico.

### AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Kruis hier aan welke aanvullende verzekering(en)\* u wenst.  
Gebruik hiervoor weer de nummering van de te verzekeren personen uit vraag 3.

verzekerde	ZORGVERZUIMMODULE		AANVULLENDE ZORGVERZEKERING*				TANDARTS**/**			
	ja	nee	Basis	Uitgebreid	Totaal	Top	Basis	Uitgebreid	Totaal	Top
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 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"/>
verzekerde 5	<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"/>
verzekerde 6	<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"/>

\* Kinderen tot 18 jaar kunnen nooit uitgebreider aanvullend verzekerd zijn dan de meest uitgebreid verzekerde volwassene.

\*\* Tandarts kan alleen gesloten worden als er ook een aanvullende zorgverzekering is aangekruist.

## 6. GEGEVENS HUIDIGE/VORIGE VERZEKERING

Door ondertekening van dit formulier verleent ondergetekende De Goudse toestemming tot opzegging van de huidige zorgverzekering.

naam zorgverzekeraar	naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)	geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer	inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)	beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts	opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts
naam zorgverzekeraar	naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)	geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer	inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)	beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts	opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts
naam zorgverzekeraar	naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)	geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer	inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)	beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts	opzegging geldt voor <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> aanvullend <input type="checkbox"/> tandarts
datum (d-m-j)	handtekening verzekeringnemer

## 7. TANDHEELKUNDIGE PAKKETTEN

Deze vraag hoeft u alleen in te vullen als u een aanvraag doet voor de Tandarts Uitgebreid, de Tandarts Totaal of de Tandarts Top. Gebruik hiervoor de nummering van de te verzekeren personen uit vraag 3.

verzekerde	Bezoekt u jaarlijks de tandarts?		Zijn alle noodzakelijke behandelingen uitgevoerd?	
verzekerde 1	<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

Bent u momenteel onder behandeling voor	verzekerde(n)**	Is te verwachten dat dit binnen 2 jaar gaat gebeuren?	verzekerde(n)**
kronen/bruggen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
implantaten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
orthodontie(beugels)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
orthodontistische nacontrole	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
paradontologie (tandvleesbehandeling)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
volledige gebitsprothese	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
gedeeltelijke gebitsprothese	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	

\* Is deze gebitsprothese langer dan 10 jaar geleden geplaatst?  nee  ja

\*\* Indien voor meerdere verzekerden de vraag positief beantwoord is, dienen alle namen vermeld te worden.

## 8. SLOTVRAGEN

Kiest u of één van de te verzekeren personen voor één van de aanvullende verzekeringen en/of tandartsverzekeringen, beantwoord dan de onderstaande vragen.

### STRAFRECHTELIJKE FEITEN

Bent u of een andere belanghebbende bij deze verzekering(en) de laatste acht jaar in aanraking geweest met politie of justitie? Bijvoorbeeld omdat u of een andere belanghebbende werd verdacht van het plegen van een strafbaar feit? (waar ook overtredingen onder vallen).

nee  ja\*

\* Zo ja geef dan in een bijlage aan om welk strafbaar feit het ging, of het tot een rechtszaak is gekomen, wat het resultaat daarvan was en of eventuele (straf)maatregelen al zijn uitgevoerd. Indien het niet tot een rechtszaak is gekomen, geef dan aan of er sprake is geweest van een schikking met het Openbaar Ministerie, en zo ja, tegen welke voorwaarden de schikking tot stand kwam. U kunt deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.  
NB: Bij de beantwoording van deze vraag is niet alleen de eigen wetenschap van de aanvrager bepalend, maar ook die van andere belanghebbenden.

### BIJZONDERHEDEN GELIJKSOORTIGE VERZEKERING(EN)

Heeft een maatschappij u of één van de te verzekeren personen ooit een gelijksoortige verzekering geweigerd, opgezegd of daaraan een verhoogde premie en/of bijzondere voorwaarden gesteld?

nee  ja, nl.

datum (d-m-)

maatschappij

polisnummer

## 9. ONDERTEKENING

U verklaart met de aanvraag van deze verzekering dat de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid zijn beantwoord en dat u hiermee de aangevraagde verzekering wilt verkrijgen. De plicht om informatie te verschaffen omvat alles wat van belang kan zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico en de persoon van de aanvrager en/of verzekerde. De Goudse Zorg Polis is een product van De Goudse. De verzekering wordt uitgevoerd door Aevitae B.V., statutair gevestigd te Eindhoven, gevolmachtigde van Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V. die risicodragers van deze verzekering is. Door het afsluiten van deze ziektekostenverzekering wordt de verzekeringnemer lid van de Coöperatie VGZ-IZA-TRIAS-Groep U.A. Aan het lidmaatschap zijn geen kosten of andere verplichtingen verbonden.

Vragen waarvan u het antwoord al bij De Goudse en/of Aevitae B.V. bekend veronderstelt, dient u toch volledig te beantwoorden. Feiten en omstandigheden waarnaar is gevraagd en die u bekend worden nadat deze aanvraag is verzonden, maar voordat Aevitae B.V. definitief op uw aanvraag heeft beslist, moet u alsnog meedelen. Als er bij deze verzekering, naast uzelf, nog een of meer andere verzekerden zijn die minimaal 16 jaar oud zijn, dan dient u ons ook de feiten en omstandigheden te melden die aan deze persoon of personen bekend zijn of behoren te zijn.

Als na het afsluiten van de overeenkomst blijkt dat één of meer vragen onjuist of onvolledig zijn beantwoord, kan dit ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Als u met de bedoeling om ons te misleiden heeft gehandeld of Aevitae B.V. bij kennis van de werkelijke stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten, hebben wij ook het recht om de verzekering op te zeggen.

In afwijking van het bepaalde in art. 7:928 BW geldt, dat deze gevolgen ook door ons kunnen worden ingeroepen, als u de slotvragen onvolledig hebt beantwoord.

Met deze aanvraag verklaart u de toepassing van de polisvoorwaarden te aanvaarden. Deze liggen ter inzage op ons kantoor en worden op verzoek voor het sluiten van de verzekering toegezonden, maar in elk geval bij het afgeven van de polis. Ze zijn ook te raadplegen op [www.goudse.nl](http://www.goudse.nl).

U kunt de verzekering opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U verplicht zich de polis te accepteren en de verschuldigde premie en kosten te voldoen.

Bij de aanvraag van een verzekering en andere financiële diensten worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door De Goudse en Aevitae B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voor het uitvoeren van marketingactiviteiten, ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. Een consumentenbrochure van deze Gedragscode kunt u opvragen bij De Goudse. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl).

U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

In het kader van een verantwoord acceptatiebeleid kan Aevitae B.V. uw gegevens inzien bij de Stichting Centraal Informatie Systeem voor in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen (CIS) te Den Haag. Dit gebeurt om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan.

Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag te hebben verzwegen;
- deze aanvraag en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens, aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot het verkrijgen van de aangevraagde verzekering;
- van de inhoud van dit formulier te hebben kennisgenomen.

datum	plaats	handtekening verzekeringnemer
-------	--------	-------------------------------

naam
------

Als de aard van het risico dit noodzakelijk maakt, bestaat de mogelijkheid dat, voordat tot acceptatie wordt overgegaan, Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V. afwijkende premie en voorwaarden stelt en/of bijzondere bepalingen opneemt.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunt u voorleggen aan de Klachtencommissie De Goudse, Postbus 9, 2800 MA Gouda. Wanneer het oordeel van de Klachtencommissie voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KlIFID), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900-3552248. Voor meer informatie kunt u ook terecht op [www.klifid.nl](http://www.klifid.nl).

Aevitae B.V., gevestigd te Eindhoven als gevolmachtigde agent van Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V., is geregistreerd bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V. is statutair gevestigd te Nijmegen en is onderdeel van Univé-VGZ-IZA-TRIAS.

INTERMEDIAR
-------------

naam en voorletters	intermediarnummer
---------------------	-------------------