collectiviteitsnaam

collectiviteitsnummer

de Goudse verzekeringen

De Goudse Zorg Polis Collectief
aanvraag verzekerden

intermediair

intermediairnummer

adresgegevens intermediair (of stempel)

001 5449(okt2011)A

De Goudse Zorg Polis Collectief
aanvraag verzekerden

de Goudse verzekeringen

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

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters ☐ man ☐ vrouw

straat en huisnummer

postcode | plaats

telefoon | mobiel | e-mail

geboortedatum (d-m-j) | nationaliteit | burgerservicenummer

bank- of girorekening

2. INGANGSDATUM VERZEKERING

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? ☐ ja ☐ 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 ☐ ja ☐ nee

naam en voorletters	burgerservicenummer*	partner, kind, anders	geslacht	geboortedatum (d-m-j)
2			☐ man ☐ vrouw	
3			☐ man ☐ vrouw	
4			☐ man ☐ vrouw	
5			☐ man ☐ vrouw	
6			☐ man ☐ vrouw	

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

☐ ja ☐ nee, nl. verzekerde ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

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

☐ nee ☐ ja, nl. verzekerde ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 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.

POLIS			VRIJWILLIG EIGEN RISICO*					
verzekerde	naturapolis	restitutiepolis	€ 0,-	€ 100,-	€ 200,-	€ 300,-	€ 400,-	€ 500,-
verzekerde 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 3	☐	☐						
verzekerde 4	☐	☐						
verzekerde 5	☐	☐						
verzekerde 6	☐	☐						

* Uw eigen risico bestaat uit het wettelijk verplicht eigen risico van € 220,- 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.

	AANVULLENDE ZORGVERZEKERING*				TANDARTS*/**			
verzekerde	Basis	Uitgebreid	Totaal	Top	Basis	Uitgebreid	Totaal	Top
verzekerde 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzekerde 6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Kinderen tot 18 jaar hebben dezelfde dekking als de volwassen verzekerde met de meest uitgebreide dekking.
** Tandarts kan alleen gesloten worden als er ook een aanvullende verzekering 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
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ tandarts

naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ tandarts

naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ tandarts

naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ tandarts

naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ tandarts

naam zorgverzekeraar
geboortedatum verzekerde (d-m-j)
inschrijfnummer
beëindigingsdatum (d-m-j)
opzegging geldt voor ☐ basis ☐ aanvullend ☐ 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	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
verzekerde 2	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
verzekerde 3	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
verzekerde 4	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
verzekerde 5	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
verzekerde 6	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee

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

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

** Indien voor meerdere verzekerden, waaronder de kinderen een vraag met ja beantwoord is, dienen de betreffende namen vermeld te worden.
Als op één of meerdere vragen met ja is geantwoord, kan de aanvraag worden geweigerd of kan een andere dekking worden aangeboden.

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 rechtzaak 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-j)	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 risicodrager 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.

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 consumenten-brochure 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.
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 Zeist. 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.

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 (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900-3552248. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.kifid.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.

INTERMEDIAIR

naam en voorletters	intermediairnummer

De Goudse, telefoon (0900) 369 22 22.