

1. UW GEGEVENS

	Aanvrager	Partner
Burgerservicenummer (BSN)		
Voorletters en achternaam		
Straat/huisnummer		
Postcode/woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer		
E-mailadres		
Identiteitsbewijs en nummer		

 Lever een kopie van een geldig identiteitsbewijs in (voor- en achterkant, geen rijbewijs)

2. ZORGVERZEKERING

Ik wil graag de volgende collectieve zorgverzekering

Aanvrager	Partner
<input type="checkbox"/> Univé	<input type="checkbox"/> Univé
<input type="checkbox"/> Zilveren Kruis met tandartspolis	<input type="checkbox"/> Zilveren Kruis met tandartspolis
<input type="checkbox"/> Zilveren Kruis zonder tandartspolis*	<input type="checkbox"/> Zilveren Kruis zonder tandartspolis*
<input type="checkbox"/> n.v.t	<input type="checkbox"/> n.v.t

* Bij een volledige boven- én onderprothese hoeft u geen tandartspolis af te sluiten

Bij welke verzekeraar bent u nu verzekerd

Let op: als u nu niet bij de verzekeraar van uw keuze bent verzekerd kunt u pas 1 januari overstappen

Aanvrager	Partner
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Ik ben chronisch ziek, gehandicapt en/of ik heb de AOW-leeftijd bereikt

 Lever een bewijs in, waaruit blijkt dat u chronisch ziek of gehandicapt bent

3. WOONSITUATIE

Ik woon/wij wonen samen met eigen, stief-, geadopteerde- of pleegkind(eren) jonger dan 18 jaar ja nee

Zo ja, vul hieronder de gegevens per kind in

BSN	Geboortedatum	Voorletter(s) Achternaam	Kinderbijslag
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Ik woon/wij wonen samen met andere personen vanaf 18 jaar ja nee

Zo ja, vul hieronder de gegevens per persoon in

BSN	Geboortedatum	Voorletter(s) Achternaam

Volgt deze persoon onderwijs ja nee

ouder kind 18 jaar of ouder medebewoner huurder/verhuurder kostganger

BSN	Geboortedatum	Voorletter(s) Achternaam		
Volgt deze persoon onderwijs				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> ouder	<input type="checkbox"/> kind 18 jaar of ouder	<input type="checkbox"/> medebewoner	<input type="checkbox"/> huurder/verhuurder	<input type="checkbox"/> kostganger
BSN	Geboortedatum	Voorletter(s) Achternaam		
Volgt deze persoon onderwijs				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> ouder	<input type="checkbox"/> kind 18 jaar of ouder	<input type="checkbox"/> medebewoner	<input type="checkbox"/> huurder/verhuurder	<input type="checkbox"/> kostganger

4. INKOMSTEN & VERMOGEN

Soort inkomen	Afkomstig van	Netto inkomen per mnd
		€
		€
		€
		€

 Lever de laatste loon- of uitkeringsspecificatie in, en of een bewijs van ontvangen alimentatie

Noteer <u>alle</u> bank- en spaarrekeningen van uzelf, uw partner en van kinderen jonger dan 18 jaar		
IBAN	Ten name van	Saldo
		€
		€
		€
		€

 Lever het laatste afschrift van alle bank- en spaarrekeningen in

5. UITBETALING

Ik wil/wij willen de bijdrage in de kosten van de zorgverzekering ontvangen op			
IBAN		Ten name van	

6. VERKLARING & ONDERTEKENING

Ik verklaar/wij verklaren dat dit formulier naar waarheid is ingevuld			
Plaats		Datum	
Handtekening aanvrager		Handtekening partner	

Wij gaan zorgvuldig om met uw persoonsgegevens. Kijk voor meer informatie op www.iasz.nl/privacyverklaring