

DEELNEMERSFORMULIER COLLECTIEVE ZORGVERZEKERING

Ja, ik wil deelnemen aan de collectieve zorgverzekering (basisverzekering én AV-Frioso)

Naam en voorletters aanvrager :

BSN nummer :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode en plaatsnaam :

Naam echtgeno(o)t(e) / partner :

BSN nummer :

Geboortedatum :

Na(a)m(en) minderjarige kind(eren) :

Geboortedatum kind(eren) :

0* Ik ben bij De Friesland Zorgverzekeraar verzekerd en mijn inschrijfnummer is:

0* Ik ben nog niet bij De Friesland Zorgverzekeraar verzekerd. Ik ga er mee akkoord dat ik (én de hierboven genoemde gezinsleden) met ingang van 1 januari 2011 voor ziektekosten verzekerd word(en) bij De Friesland Zorgverzekeraar voor de **collectieve zorgverzekering**.

Huidige ziektekostenverzekeraar : Inschrijfnummer:

0* Hierbij geef ik De Friesland Zorgverzekeraar toestemming om de verschuldigde premies in te houden van mijn uitkering van de Productgroep Wolwêzen, Wurk Ynkommen Soarch. **(verplicht voor iedereen met een WWB-uitkering)**

óf

0* Hiermee geef ik De Friesland Zorgverzekeraar toestemming om de verschuldigde premies automatisch af te schrijven van mijn bank- of girorekening. **Svp machtiging op achterzijde van dit formulier in te vullen.**

Hierbij verklaar ik te voldoen aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor de collectieve zorgverzekering, namelijk:

- Ik/wij heb(ben) een inkomen dat niet hoger is dan 110% van de voor mij geldende bijstandsnorm (zie informatiebrief);
Mijn/ons netto gezinsinkomen per maand bedraagt €
- Ik/wij voldoe(n) aan de vermogensgrens die voor mij/ons geldt (zie bijgaand overzicht);
- Ik/wij ben/zijn geen student(en).

Als u geen WWB-uitkering van de Productgroep Wolwêzen, Wurk Ynkommen Soarch ontvangt, dient u kopieën van bewijsstukken van uw inkomen en vermogen mee te sturen (laatste afschriften van bank, giro- en spaarrekeningen en laatste inkomensoverzicht). Tevens dient u een (kopie) geldig identiteitsbewijs te overleggen.

De door u verstrekte gegevens worden op juistheid gecontroleerd.

Plaats en datum Handtekening aanvrager Handtekening echtgeno(o)t(e) / partner

.....

*(aankruisen indien van toepassing)

M A C H T I G I N G

Naam en voorletters : _____

Geboortedatum : _____

Straat en huisnummer : _____

Postcode en woonplaats : _____

Polisnummer : _____

BSN (sofinummer) : _____

Hierbij geef ik De Friesland Zorgverzekeraar toestemming om de verschuldigde premies voor de AV-Frieso automatisch af te schrijven van dit bank- of gironummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plaats en datum : _____

Handtekening : _____