



Aanvraagformulier zorgverzekering

voor de basisverzekering en/of aanvullende zorgpakketten en zorgverzekeringen

Op de IAK Zorgverzekering en de aanvullende zorgpakketten en zorgverzekeringen zijn de IAK verzekeringsvoorwaarden van toepassing. U kunt deze vinden op www.iak/zorg of aanvragen via de klantenservice: +31 (0)40 261 18 88. Wij verzoeken u de vragen op dit formulier volledig te beantwoorden. Na invulling én ondertekening stuurt u het formulier naar: **IAK Verzekeringen, Antwoordnummer 10661, 5600 WB Eindhoven.**

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt voor zichzelf en/of anderen. De verzekeringnemer ondertekent het aanvraagformulier en is verantwoordelijk voor de betaling van de premie(s).

Uw verzekerdenummer vindt u op uw zorgpolis of zorgpas.

1 Gegevens verzekeringnemer

Achternaam verzekeringnemer (+ meisjesnaam, indien van toepassing)

Voorletters

Tussenvoegsels

Bent u al verzekerd bij IAK en wilt u een gezinslid op de polis bijschrijven?

Vul dan hier uw verzekerdenummer in en ga verder bij 2.

Wilt u voor uzelf een IAK Zorgverzekering aanvragen?

Vul dan onderstaande gegevens in en ga daarna verder bij 2.

Hebt u niet de Nederlandse nationaliteit, dan kunnen wij u alleen inschrijven als u een kopie bijvoegt van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Komt u van buiten de EU of de EER, voeg dan een kopie bij van de voor- en achterzijde van uw verblijfsdocument en/of de beschikking van de IND.

Wij hebben uw rekeningnummer nodig voor het uitkeren van zorgdeclaraties.

Burgerservicenummer (BSN)	Geboortedatum	Geslacht
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Burgerlijke staat		
<input type="checkbox"/> Gehuwd/geregistreerd partnerschap	<input type="checkbox"/> Samenwonend	<input type="checkbox"/> Alleenstaand
Straat	Huisnummer	Toevoeging
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationaliteit		
<input type="checkbox"/> Nederlandse	<input type="checkbox"/> Anders namelijk	<input type="text"/>
Telefoon	Mobiel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mailadres		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ik geef IAK Verzekeringen toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor nieuws en aanbiedingen.		
Bankrekening (IBAN)		
<input type="text"/>		

Hebt u een buitenlands rekeningnummer? Vul dan hieronder de BIC code in.

BIC code

2 Ingangsdatum

Vanaf welke datum wilt u de IAK Zorgverzekering in laten gaan?

Gewenste ingangsdatum