

## 1. Aanvrager (hierna te noemen: verzekeringnemer\*)

### Persoonsgegevens

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Voornaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN <input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>

### Adresgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerden

Let op: Uw woonadres moet overeenkomen met het adres waarmee u staat ingeschreven bij de Basisregistratie Personen (BRP) of Registratie Niet Ingezetene (RNI).

Straat	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		

### Postadres

Wenst u uw post op een ander adres dan het woonadres van de verzekerde(n) te ontvangen, vul dan hier een afwijkend adres in.

Straat	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		

## 2. Controle verzekeringsrecht

Ontvangt u salaris van een Nederlandse werkgever of uitkeringsinstantie?  Ja  Nee

- Indien ja: stuur een kopie van uw arbeidsovereenkomst en een loonstrook (niet ouder dan 30 dagen) naar ons op.

Ontvangt u een uitkering van een Nederlandse werkgever of uitkeringsinstantie?  Ja  Nee

- Indien ja: stuur de toekenningsbeschikking van het UWV met een betaalspecificatie (niet ouder dan 30 dagen) naar ons op.

## 3. Verzekering

### Verzekering

Moet de verzekeringnemer verzekerd worden?  Ja, ga naar 4  Nee, ga naar 5

## 4. Verzekeringnemer (tevens verzekerde)

### Verzekering

Basisverzekering	<input type="checkbox"/> HollandZorg Basisverzekering		
Aanvullende verzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Plus
Tandartsverzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> TandExtra	<input type="checkbox"/> TandPlus	

\*De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met HollandZorg aangaat en die de verschuldigde bedragen voldoet. Hij/zij is de enige die het contract op kan zeggen.

<sup>1)</sup> Een aanvullende- of tandartsverzekering kunt u alleen afsluiten wanneer u ook een Basisverzekering bij HollandZorg heeft afgesloten.

## 5. Te verzekeren personen, anders dan verzekeringnemer

### Persoonsgegevens (1)

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN <input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="text"/>		

### Verzekering

Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Basisverzekering HollandZorg		
Aanvullende verzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Plus
Tandartsverzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> TandExtra	<input type="checkbox"/> TandPlus	

### Persoonsgegevens (2)

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN <input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlandse	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	<input type="text"/>

### Verzekering

Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Basisverzekering HollandZorg		
Aanvullende verzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Plus
Tandartsverzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> TandExtra	<input type="checkbox"/> TandPlus	

### Persoonsgegevens (3)

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN <input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlandse	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	<input type="text"/>

### Verzekering

Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Basisverzekering HollandZorg		
Aanvullende verzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Plus
Tandartsverzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> TandExtra	<input type="checkbox"/> TandPlus	

### Persoonsgegevens (4)

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN <input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlandse	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	<input type="text"/>

### Verzekering

Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Basisverzekering HollandZorg		
Aanvullende verzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Plus
Tandartsverzekering <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> TandExtra	<input type="checkbox"/> TandPlus	

<sup>1)</sup> Een aanvullende- of tandartsverzekering kunt u alleen afsluiten wanneer u ook een Basisverzekering bij HollandZorg heeft afgesloten.

## 6. Betalen en declaraties

### Machtiging tot automatische incasso (doorlopende SEPA machtiging)

Uw IBAN (te vinden op uw rekeningafschrift)

Deze machtiging tot automatische incasso heeft betrekking op alle incasso-opdrachten voor bedragen die u en de door u verzekerde personen aan ons verschuldigd zijn.

Door de ondertekening van dit formulier geeft u ons toestemming om:

- doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven, en
- aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig onze opdracht.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving, kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na de afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

### Declaraties

Door ons verschuldigde bedragen maken wij over op het hierboven door u opgegeven rekeningnummer.

## 7. Verklaring/ondertekening verzekeringnemer

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u:

- de voorstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord. Het verstrekken van onvolledige of onjuiste informatie kan leiden tot opschorting en beëindiging van de verzekering(en);
- kennis te hebben genomen van de inhoud van de gekozen verzekering(en) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden;
- ervan op de hoogte te zijn dat de meerderjarige door u verzekerde personen en u, als u meerderjarig bent, door het afsluiten van een Basisverzekering met Salland Zorgverzekeraar N.V. of een aanvullende (tandarts)verzekering met Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. tevens lid worden van Coöperatie Salland U.A., tenzij u aangeeft daar geen prijs op te stellen. Coöperatie Salland U.A. behartigt het belang van haar leden op het terrein van de Basisverzekering en van aanvullende (tandarts)verzekeringen. De ledenraad van Coöperatie Salland U.A. beslist over belangrijke zaken en wordt gekozen door en uit de leden. Door beëindiging van de Basisverzekering of aanvullende (tandarts)verzekering wordt het lidmaatschap opgezegd, tenzij het lidmaatschap mede het gevolg is van het sluiten van een of meer Basisverzekeringen of aanvullende (tandarts)verzekeringen die niet zijn beëindigd;
- ons toestemming te geven om, in het geval u een aanvullende (tandarts)verzekering sluit, de aanvullende (tandarts)verzekering van de te verzekeren personen bij de huidige verzekeringsmaatschappij op te zeggen. Als u niet wilt, dat wij de aanvullende (tandarts)verzekering(en) opzeggen, dient u dit hokje aan te kruisen.

Ik wil niet dat HollandZorg aanvullende (tandarts)verzekering(en) namens mij opzegt.

Let op: indien u een betalingsachterstand heeft bij uw huidige verzekeraar dan mag deze verzekeraar weigeren uw huidige verzekering te beëindigen. Om tijdig te kunnen opzeggen moeten wij uw aanmelding uiterlijk op 31 december van het voorafgaande jaar te hebben ontvangen.

Salland Zorgverzekeraar N.V. (voor de Basisverzekering) en Salland Aanvullende verzekeringen N.V. (voor de aanvullende (tandarts)verzekering) verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van de verzekering(en), wetenschappelijke en statistische analyse, het vergroten van ons klantenbestand en voor informatieverstrekking over onze producten, het voldoen aan wettelijke verplichtingen, het bewaken van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, waaronder het voorkomen en bestrijden van fraude, en onderzoek naar de door u ervaren kwaliteit van de zorg. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens controleren in het Extern Verwijzingsregister van Stichting CIS via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Zorgaanbieders waarmee daarover afspraken zijn gemaakt, kunnen de bij ons geregistreerde adresgegevens en polisgegevens van u inzien via VECOZO.

Op onze verwerking van persoonsgegevens is het Privacyreglement HollandZorg van toepassing. Dit is te raadplegen via [www.hollandzorg.com/privacy](http://www.hollandzorg.com/privacy). U kunt bezwaar bij ons indienen tegen gebruik van uw persoonsgegevens.

U kunt zich na het sluiten van de verzekering bedenken. In dat geval kunt u de verzekering binnen 14 dagen na ontvangst van de eerste polis opzeggen. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

Plaats

Datum

Handtekening verzekeringnemer

### Digitale informatie

U kunt ervoor kiezen om informatie over uw zorgverzekering per e-mail te ontvangen. Denk bij voorbeeld aan de nieuwe premie voor een volgend jaar en de bijbehorende polis. Maar ook facturen en factuurspecificaties kunt u digitaal ontvangen en inzien in het afgeschermd portal Mijn HollandZorg.

Voor het digitaal communiceren hebben wij echter uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Hieronder kunt u aangeven of u ermee akkoord gaat dat HollandZorg u in de toekomst de polis en overige correspondentie digitaal toestuurt.

Ja, ik ga ermee akkoord dat HollandZorg mij de polis en overige correspondentie - waar mogelijk - digitaal stuurt.

Handtekening verzekeringnemer

# HollandZorg

Antwoordnummer 30  
7400 VB Deventer

### Contact

[www.hollandzorg.com/nl](http://www.hollandzorg.com/nl) of bel de klantenservice: (0570) 687 123, op werkdagen te bereiken van 8.00 tot 18.00 uur.  
E-mail: [info@hollandzorg.nl](mailto:info@hollandzorg.nl)

HollandZorg is een handelsnaam van Salland Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983) en Salland Aanvullende verzekeringen N.V. (KvK 08147954).  
Adres: Munsterstraat 7, Postbus 166, 7400 AD Deventer.