

Verzoek om eigen polis (splitsing bestaande polis)

Ingangsdatum splitsing: - -

Gegevens hoofdverzekerde huidige polis

Voorletters / achternaam

Geboortedatum - - Relatienummer

Gegevens hoofdverzekerde nieuwe polis

Collectiviteit/collectiviteitsnummer

Voorletters en achternaam Relatienummer

Straatnaam Huisnummer Toevoeging

Postcode Plaats Voorkeurstelefoonnummer (thuis of mobiel)

E-mailadres 2e Telefoonnummer (thuis of mobiel)

Hoe betaalt u premie aan PNOzorg? Hoe betaalt u het eigen risico, de eigen bijdragen en door

Via automatische incasso *

Per acceptgiro

iDEAL via e-mail

PNOzorg betaalde niet-verzekerde kosten aan PNOzorg?

Via automatische incasso *

iDEAL via e-mail

Wat is uw rekeningnummer (IBAN)?

Hoe vaak betaalt u de premie?

Eén keer per jaar met 2% korting

Elk half jaar met 1% korting

Elk kwartaal met 0,5% korting

Elke maand (dit kan alleen via automatische incasso **)

Is een wijziging van de dekking gewenst?

Nee

Ja **, namelijk:

Zijn er kinderen die meeverzekerd moeten worden op de nieuwe polis?

Nee

Ja ***

Zo ja, benoem hieronder namen en geboortedata van alle mee te verzekeren kinderen:

* Met ondertekening geeft u als nieuwe hoofdverzekerde toestemming aan PNOzorg om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig de opdracht van PNOzorg. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

** In geval van een pakketverhoging, kunnen er aanvullende medische of tandheelkundige vragen door ons worden gesteld.

*** Zijn er kinderen die meeverzekerd moeten worden op de nieuwe polis, dan dient dit formulier door beide ouders te worden ondertekend. Zonder dit akkoord kunnen wij het verzoek niet in behandeling nemen. Is de situatie anders, bijvoorbeeld omdat maar één ouder het gezag heeft of een voogd is aangewezen? Neem dan contact met ons op.

Ondertekening: Met de ondertekening van dit formulier verklaren de huidige hoofdverzekerde, de nieuwe hoofdverzekerde en indien van toepassing een tweede ouder, dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Ook gaat de nieuwe hoofdverzekerde akkoord met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden.

Datum: - -

huidige hoofdverzekerde	nieuwe hoofdverzekerde	eventueel 2e ouder ***
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>