

Aanvraagformulier Collectieve IZZ Zorgverzekering

1. Algemeen

Gegevens instelling

Ingangsdatum

Naam instelling

KvK-nummer

Naam directeur of voorzitter Raad van Bestuur

Geslacht

Man

Vrouw

Functietitel

Telefoonnummer

E-mailadres

Naam hoofd P&O

Geslacht

Man

Vrouw

Functietitel

Telefoonnummer

E-mailadres

Naam hoofd Salarisadministratie

Geslacht

Man

Vrouw

Functietitel

Telefoonnummer

E-mailadres

Bezoekadres

Postcode

Plaats vestiging

Postbusnummer

Postcode

Plaats

Telefoonnummer algemeen

Website

E-mailadres algemeen

Betaling premie

De premie wordt betaald zoals beschreven in artikel 8 van het Reglement collectieve ziektekostenregeling.

Rekeningnummer/IBAN*

Hoe betaalt u de IZZ premies?*

Acceptgiro

Automatische incasso (van hiervoor vermelde rekeningnummer)

Vul, bij automatische incasso, het machtigingsformulier in (zie punt 5).

* Invullen indien van toepassing

Naam salarisverwerkingsysteem

Gegevens aanvrager

Naam aanvrager

Geslacht

Man Vrouw

Functie aanvrager

E-mailadres aanvrager

Handtekening aanvrager

Na toetreding van uw instelling dient er een overeenkomst te worden getekend. Hieronder kunt u aangeven wie namens uw organisatie bevoegd is deze overeenkomst te ondertekenen.

Naam ondertekenaar

Functie ondertekenaar

2. Werkgebied

2.1 Verricht uw instelling werkzaamheden op het terrein van gezondheidszorg?

Nee Ja

2.2 Is uw instelling opgericht door één of meer instelling(en) werkzaam op het terrein van gezondheidszorg?

Nee Ja. Door wie?

2.3 Verricht uw instelling werkzaamheden ten behoeve van instellingen die werkzaam zijn op het terrein van gezondheidszorg?

Nee Ja. Voor wie?

2.4 Geef een korte omschrijving van het doel en de werkzaamheden van uw instelling.

3. Rechtspositie

3.1 Is uw instelling lid van de werkgeversvereniging NVZ, ActiZ, VGN, GGZ, LHV, VHN, LVG, Jeugdzorg Nederland of MOgroep?

Nee Ja. Welke werkgeversvereniging?

3.2 Welke CAO is in uw instelling van toepassing en hoeveel werknemers vallen onder de werkingssfeer van deze CAO?

CAO

Andere CAO, namelijk:

Aantal werknemers

3.3 Wordt deze CAO verplicht toegepast of vrijwillig gevolgd?

Verplicht Vrijwillig

3.4 Kent uw instelling voor haar werknemers een werkgeversbijdrage voor een ziektekostenverzekering?

Ja, voor alle werknemers

> Hoogte bijdrage €

De bijdrage geldt ook voor een partner.*

Ja, alleen voor werknemers met een IZZ Zorgverzekering

> Hoogte bijdrage €

De bijdrage geldt ook voor een partner.*

Nee

* Vink aan indien van toepassing

4. Bijlage

Stuur bij dit formulier een kopie mee van de statuten van de oprichtingsakte van uw instelling en het Bericht van Registratie van de KvK.

Machtiging SEPA collectiviteiten

Automatisch incasso bij centrale betaling en wijzigen rekeningnummer

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

VGZ Zorgverzekeraar N.V. (hierna te noemen VGZ) om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van VGZ.

Gegevens VGZ

Hieronder vindt u de gegevens van VGZ. U vindt deze gegevens ook terug op uw bankafschrift.

Naam: VGZ
 Adres: Postbus 6039
 Postcode: 5600 HA
 Woonplaats: Eindhoven
 Land: Nederland
 Incassant-ID: NL23ZZZ091433150000

Deze machtiging is uitsluitend bedoeld voor zakelijke incassotransacties tussen bedrijven. Na afschrijving heeft u geen recht het bedrag terug te laten boeken. U heeft wel het recht om uw bank te vragen het bedrag niet af te schrijven van uw rekening. U kunt dit doen tot en met de dag waarop de afschrijving zou plaatsvinden. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam bedrijf:

Vertegenwoordigd door
(Naam+Voorletters):

Adres:

Postcode/woonplaats:

Land:

IBAN (rekeningnummer):

BIC (Bank Identificatie
Code):

Plaats en datum:

Handtekening:

In te vullen door VGZ:

Collectiviteitsnummer:

Relatienummer: