

Aanvraagformulier Collectieve IZZ Zorgverzekering

VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft met Stichting IZZ een horizontale (mantel)overeenkomst voor de collectieve zorgverzekering gesloten zoals bedoeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet.

In het [IZZ Reglement collectieve ziektekostenregeling](#), dat onderdeel uitmaakt van deze (mantel)overeenkomst is vastgelegd wie kunnen deelnemen aan de collectieve ziektekostenregeling IZZ en onder welke voorwaarden. Met de ondertekening van dit aanvraagformulier, geeft u aan dat u behoort tot de doelgroepen van Stichting IZZ zoals vermeld in het IZZ Reglement. Met de aanvraag van een collectiviteit wilt u uw medewerkers de mogelijkheid bieden om een IZZ Zorgverzekering – met premiekorting – als bedoeld in artikel 1 onder d van de Zorgverzekeringswet, en een of meerdere aanvullende verzekeringen bij VGZ te kunnen afsluiten.

1. Algemeen

Ingangsdatum	Naam instelling	KvK-nummer
Naam aanspreekpunt voor de collectieve zorgverzekering	Functie	
Telefoon	E-mailadres	
Bezoekadres		Postcode
Plaats vestiging		
Postbusnummer	Postcode postbus	Plaats postbus

Betaling premie

<input type="checkbox"/> Individuele incasso <input type="checkbox"/> Collectieve incasso	Hoe betaalt u de IZZ premies?*
IBAN (rekeningnummer)*	<input type="checkbox"/> Acceptgiro <input type="checkbox"/> Automatische incasso (van hiervoor vermelde rekeningnummer) <i>Vul, bij automatische incasso, het machtigingsformulier in (zie bijlage).</i>
Naam salarisverwerkingssysteem	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk

* Invullen indien van toepassing

2. CAO

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

CAO	Andere CAO, namelijk:	Aantal werknemers
Wordt deze cao verplicht toegepast of vrijwillig gevolgd?	<input type="checkbox"/> Verplicht	<input type="checkbox"/> Vrijwillig

3. Ondertekening

Door middel van ondertekening van dit aanvraagformulier bevestigt u dat u kennis heeft genomen van het [IZZ Reglement collectieve ziektekostenregeling](#) en de daar in opgenomen voorwaarden. U zult zich actief inspannen om zoveel mogelijk deelnemers tot de collectieve ziektekostenregeling te laten toetreden.

Naam bevoegd ondertekenaar

Functie

Ondertekening

Datum

Plaats

Machtigingsformulier (invullen bij automatische incasso) Machtiging SEPA collectiviteiten

Houdt u de zorgpremie in op het salaris van uw medewerkers? En wilt u de totaalfactuur via automatische incasso betalen? Vul dan dit machtigingsformulier in.

Door ondertekening van dit machtigingsformulier 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)	
Datum	Plaats	Ondertekening

In te vullen door VGZ:

Collectiviteitsnummer

Relatienummer