

Aansluitingsformulier



Breng dit formulier volledig ingevuld binnen in je kantoor of stuur het op naar

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds
Sluisweg 2 bus 1 - 9000 Gent

www.partena-ziekenfonds.be

Bureel / Sectie /

Agentnummer:

Persoonlijke gegevens (zoals vermeld op de identiteitskaart)

Naam: Voornaam:

Geboortedatum: Geslacht: M V

Burgerlijke staat: gehuwd ongehuwd
 echtgescheiden gescheiden weduw(e)(naar)

Nationaliteit: Taal: N F

Rijksregisternummer:

Domicilieadres

Straat: Nr.: Bus:

Gemeente: Postcode:

Tel: Gsm:

E-mail:

Postadres (enkel indien verschillend van bovenstaand adres):

Straat: Nr.: Bus:

Gemeente: Postcode:

Houder van bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door Directie Protocol¹: Ja Nee

Kleefbriefje huidig ziekenfonds

of naam en adres van het ziekenfonds:

Statuut

arbeider bediende werkloze openbare dienst ingezetene
 zelfstandige gepensioneerde student grensarbeider gehandicapte

Wijze van betaling

Via maandelijks domiciliëring Via jaarlijkse overschrijving

Partena Ziekenfonds werkt met Zoomit om het betalen voor u makkelijker te maken.

Ik wens mijn overschrijving of inningsplan via Zoomit te ontvangen.

Vul hier uw Belgisch rekeningnr. IBAN in:

Bankrekening voor terugbetalingen (deze gegevens zijn noodzakelijk om vlotte en correcte terugbetalingen van o.a. doktersbriefjes te garanderen)

Terugbetalingen op rekening

IBAN:

BIC:

Indien dit niet uw rekening is, vul hier de gegevens in van de rekeninghouder:

Naam: Voornaam:

Straat: Nr.: Bus:

Gemeente: Postcode:

Rijksregisternummer:



Gegevens van de partner die wenst aan te sluiten (voor de aansluiting van de partner zijn aparte documenten nodig)

Naam:..... Voornaam:.....
Rijksregisternr. of geboortedatum:
Nationaliteit: Geslacht: M V
Partner is persoon ten laste Ja Neen

Kleefbriefje huidig ziekenfonds
of naam en adres van het ziekenfonds:

Overige gezinsleden (personen bij u ten laste in uw huidig ziekenfonds)

Naam & voornaam:.....
Rijksregisternr. of geboortedatum: Verwantschap⁽¹⁾:.....
Naam & voornaam:.....
Rijksregisternr. of geboortedatum: Verwantschap⁽¹⁾:.....
Naam & voornaam:.....
Rijksregisternr. of geboortedatum: Verwantschap⁽¹⁾:.....
Naam & voornaam:.....
Rijksregisternr. of geboortedatum: Verwantschap⁽¹⁾:.....

Is er momenteel een medische goedkeuring? ja nee

Indien JA, voor:

- | | Voor wie |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> medicatie (merknaam) | |
| | |
| <input type="checkbox"/> orthodontie | |
| <input type="checkbox"/> logopedie | |
| <input type="checkbox"/> kinesithérapie | |
| <input type="checkbox"/> medische hulpmiddelen (bv. rolwagen,...) | |
| <input type="checkbox"/> hoorapparaat | |
| <input type="checkbox"/> andere:..... | |

Globaal Medisch Dossier (GMD)

Er is momenteel een GMD:

Voor wie	Naam arts
.....
.....
.....
.....

Ontvangt u momenteel een vervangingsinkomen bij arbeidsongeschiktheid? ja nee

Wenst u gecontacteerd te worden voor meer informatie over:

- hospitalisatieverzekering tandverzekering verzekering medische kosten

(1) Eén van de opties invullen: echtgeno(o)t(e) en samenwonende/kind/ascendent

Datum:

Handtekening:

Ik ben me er van bewust dat de ondertekening van de aanvraag om inschrijving de toetreding tot de statuten van de verzekeringsinstelling tot gevolg heeft