



Kruis de hokjes van uw keuze aan. Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich bij CZ verzekeren als u minimaal aan één van deze voorwaarden voldoet:

- u woont in Nederland
- u werkt in Nederland (in dienstverband)
- u betaalt loonbelasting in Nederland

De ingangsdatum van uw verzekering is 1 januari van een jaar.

Uitzonderingen vindt u in de algemene voorwaarden.

U kunt elk jaar veranderen van zorgverzekeraar.

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

Offertenummer:

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)	
Tussenpersoonsnummer	<input type="text"/>
Cliëntnummer bij tussenpersoon	<input type="text"/>
Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)	
Collectiviteitsnummer	<input type="text"/>
Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer*	<input type="text"/>
Declaratienummer/bedrijfsnummer*	<input type="text"/>
*(indien van toepassing)	

Gegevens verzekeringnemer

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	CZ-relatienr. (indien bekend)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
				Toevoeging huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telnr. overdag	<input type="text"/>	Telnr. 's avonds	<input type="text"/>	Sofi-nummer/BSN	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Ik geef CZ toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.	
Naam werkgever / bedrijfs onderdeel / vestiging <input type="text"/>					
Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee					

Gegevens van andere te verzekeren personen

Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam	Geboortedatum	Geslacht	Sofi-nummer/BSN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>

1 Gegevens verzekering

In de tabel onderaan deze pagina kunt u aangeven welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest. Kiest u voor alle personen dezelfde aanvullende verzekering(en) een eigen risico? Vul dan alleen de eerste regel in.

Eigen risico € 255, € 355, € 455, € 555, € 655

Het eigen risico is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie. Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 155,00 per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 155,00 verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering Jongeren, Gezinnen, 50+, Basis, Plus, Top, Excellent, Supertop, Geen

Geef in onderstaande tabel de aanvullende verzekering van uw keuze aan. Met de aanvullende verzekeringen Jongeren, Gezinnen en Supertop bent u verzekerd tegen tandartskosten. U kunt hier **geen** aanvullende tandartsverzekering bij afsluiten. Als u kiest voor de aanvullende verzekering Supertop, dan heeft CZ een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts.

Aanvullende verzekering tandarts Tandarts, Uitgebreide tandarts, Geen

Als u kiest voor de aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts, dan heeft CZ een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts.

Geboortedatum	Eigen risico	Aanv. verz.	Aanv. verz. tandarts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CZ Zorg-op-maatpolis (natura)

Toelichting vraag 2: Bij automatische incasso mag CZ alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bank- of gironummer afschrijven. Het rekeningnummer waar u de machtiging voor afgeeft moet van de verzekeringnemer zijn. U kunt deze machtiging altijd weer intrekken. Uw rekeningnummer gebruiken wij ook voor betalingen aan u.

2 Hoe wilt u de premie betalen?

- a Per maand Per kwartaal Per halfjaar Per jaar
- b Aan CZ Aan tussenpersoon Via werkgever
- c Via acceptgiro Via automatische incasso Via premienota
- d Wat is uw bank- of gironummer?

3a Wie is uw huidige zorgverzekeraar? Inschrijvingsnummer

3b Hoe bent u momenteel verzekerd? Individueel Collectief Niet

4 Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik CZ toestemming om de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering bij mijn vorige zorgverzekeraar op te zeggen. Ik geef deze toestemming ook namens alle andere personen die op dit formulier vermeld staan. De opzegging geldt voor alle personen die vermeld staan op dit formulier.

Wilt u dat CZ niet alle verzekeringen voor alle personen opzegt? Geeft u dan aan welke verzekering CZ moet opzeggen en voor wie.

Achternaam	Geboortedatum	Hoofdverzekering	Aanvullende verzekering
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toelichting bij vraag 5: Inkomsten uit buitenland zijn inkomsten uit werk of een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering.

5 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland?

Nee Ja, de volgende wel: Geboortedatum Geboortedatum

Toelichting vraag 6: Heeft u dezelfde huisarts voor alle te verzekeren personen? Vul dan alleen vraag 6a in. In alle andere gevallen vult u alleen vraag 6b in.

6a Welke huisarts kiest u voor alle te verzekeren personen?

Achternaam huisarts	Voorletters	Voorvoegsel	Vestigingsplaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6b Welke huisarts kiest u voor welke personen?

Geboortedatum	Achternaam huisarts	Voorletters	Voorvoegsel	Vestigingsplaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Toelichting vraag 7: Hebben één of meer van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit? Dan heeft CZ voor personen uit een EU-land of een EEG-verdragsland een kopie nodig van de ID-kaart of het paspoort. Als het een ander land betreft, dan hebben wij een kopie van een verblijfsvergunning nodig. Stuur aanvullende documenten mee met dit formulier.

7 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

Ja Nee, de volgende niet: Geboortedatum Geboortedatum
Nationaliteit Nationaliteit

Ondertekening

Ondergetekende verklaart alle vragen van dit aanmeldingsformulier nauwkeurig, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord. Dit aanmeldingsformulier is de grondslag van de zorgverzekering die wordt gesloten met ovm Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraars u.a., KvK 41095222 en van eventuele aanvullende verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten met ovm Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a., KvK 18028752 onder de voorwaarden die van toepassing zijn. Ondergetekende verklaart hiermee akkoord te gaan.

Plaats

Datum

Handtekening

De door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) aan CZ verstrekte gegevens zijn primair bestemd om door CZ te worden gebruikt voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Na totstandkoming van de verzekering kunnen zij worden gebruikt voor de uitvoering van de verzekering en de hiermee verband houdende serviceverlening, het beheer van de hieruit voortvloeiende relaties alsmede voor activiteiten gericht op een verantwoorde bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsinstelling, de voorkoming en bestrijding van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

CZ, Ringbaan West 236 te Tilburg, Nederland, biedt deze zorgverzekeringsovereenkomst aan. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Bij eventuele klachten kunt u zich tot de Raad van Bestuur richten. Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de rechter of de Ombudsman Zorgverzekeringen (zie artikel 11 van de algemene voorwaarden).