



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 **en**
 - u werkt in / ontvangt een uitkering uit het buitenland.
- u heeft een verdragsformulier 106/109/121 ontvangen van uw buitenlandse zorgverzekeraar.

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

| Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon) | |
|--|----------------------|
| Tussenpersoonsnummer | <input type="text"/> |
| Clïëntnummer bij tussenpersoon | <input type="text"/> |
| Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit) | |
| Collectiviteitsnummer | <input type="text"/> |
| Personeelsnummer (indien van toepassing) | <input type="text"/> |
| Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer (indien van toepassing) | <input type="text"/> |

Persoonlijke gegevens

Voorletters Voornaam
 Tussenvoegsel Achternaam
 Geboortedatum Geslacht M V CZ-relatienr. (indien bekend)

Woonadres

Straatnaam Huisnr. Toevoeging huisnr.
 Postcode Woonplaats Land
 Telnr. overdag Telnr. 's avonds BSN/sofi-nummer
 E-mailadres Als u uw e-mailadres invult, geeft u CZ toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.
 Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? Ja Nee

Gegevens van andere te verzekeren personen

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

1 Gegevens verzekering

Geef hieronder aan welke aanvullende verzekering(en) u kiest. Kiest u geen aanvullende verzekering of aanvullende tandartsverzekering? Vul dan bij deze onderdelen "geen".

Welke aanvullende verzekering kiest u voor alle te verzekeren personen?

Met de aanvullende verzekeringen Jongeren, Gezinnen en Supertop bent u verzekerd tegen tandartskosten. U kunt hier **geen** aanvullende tandartsverzekering bij afsluiten. Kiest u voor de aanvullende verzekering Supertop? Dan heeft CZ voor de medische beoordeling een Tandartsverklaring nodig. Deze verklaring moeten u en uw tandarts invullen en ondertekenen. Wij sturen u de verklaring toe.

- Geen Jongeren Gezinnen 50+ Basis Plus Top Excellent Supertop

Welke aanvullende tandartsverzekering kiest u voor alle te verzekeren personen?

Kiest u voor de aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts? Dan heeft CZ voor de medische beoordeling een Tandartsverklaring nodig. Deze verklaring moeten u en uw tandarts invullen en ondertekenen. Wij sturen u de verklaring toe.

- Geen tandarts Uitgebreide tandarts

Eigen risico:

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 220,00 per jaar.

Aanmeldingsformulier CZ Verdragspolis

2 Hoe wilt u de premie betalen?

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.

- a maand kwartaal half jaar jaar
- b automatische incasso acceptgiro
- c Wat is uw rekeningnummer?

3 Wie is uw huidige zorgverzekeraar? Inschrijvingsnummer

4 Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik CZ toestemming om de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij mijn huidige zorgverzekeraar op te zeggen. Ik geef deze toestemming ook namens alle andere personen die op dit formulier vermeld staan. Wilt u dat CZ niet alle verzekeringen voor alle personen opzegt? Geef dan aan welke verzekering CZ moet opzeggen en voor wie.

| Achternaam | Geboortedatum | Basisverzekering | 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"/> |

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

Toelichting bij vraag 5: Inkomsten uit Nederland zijn inkomsten uit werk of een Nederlandse sociale verzekeringsuitkering.

- Nee Ja, de volgende wel: Geboortedatum Geboortedatum
Geboortedatum Geboortedatum

Naam werkgever/uitkering

Plaatsnaam (van de werkgever of uitkerende instantie)

6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

Toelichting vraag 6: Hebt u niet een EU-nationaliteit (inclusief Nederland)? Dan heeft CZ een kopie van uw paspoort en een tewerkstellingsvergunning nodig. Stuur deze documenten mee met dit formulier.

- Ja Nee, de volgende niet: Geboortedatum Nationaliteit
Geboortedatum Nationaliteit
Geboortedatum Nationaliteit
Geboortedatum Nationaliteit

Toetsing Extern Verwijzingsregister (EVR)

Wij toetsen bij aanmelding uw gegevens aan het Extern Verwijzingsregister (EVR). Een frauderegistratie kan gevolgen hebben voor uw aanvullende verzekering.

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).