



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: [input] (dd-mm-jjjj)

Offertenummer: [input]

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)

Tussenpersoonsnummer [input]

Cliëntnummer bij tussenpersoon [input]

Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)

Collectiviteitsnummer [input]

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer* [input]

Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer* [input]

*(indien van toepassing)

Gegevens verzekeringnemer

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters [input] Tussenvoegsel [input] Achternaam [input]

Geboortedatum [input] Geslacht [input] M [input] V [input] CZ-relatiernr. (indien bekend) [input]

Straatnaam [input] Huisnr. [input] Toevoeging huisnr. [input]

Postcode [input] Woonplaats [input] Land [input]

Telnr. overdag [input] Telnr. 's avonds [input] BSN/Sofinummer [input]

E-mailadres [input] Als u uw e-mailadres invult, geeft u CZ toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.

Naam werkgever / bedrijfsonderdeel / vestiging [input]

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? [input] Ja [input] Nee

Gegevens van andere te verzekeren personen

Table with 6 columns: Voorletters, Tussenvoegsel, Achternaam, Geboortedatum, Geslacht, BSN/Sofinummer. Multiple rows for additional persons.

1 Gegevens verzekering

Geef in de tabel onderaan deze pagina aan welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest. Kiest u geen aanvullende verzekering of aanvullende verzekering Tandarts? Vul dan in de tabel bij deze onderdelen "geen".

Eigen risico € 270, € 370, € 470, € 570, € 670

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 € 170,00 per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 170,00 verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

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

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.

Aanvullende tandartsverzekering Geen, Tandarts, Uitgebreide tandarts

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.

Table with 4 columns: Geboortedatum, Eigen risico, Aanvullende verzekering, Aanvullende verzekering tandarts. Multiple rows for different insurance options.

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 halfjaar jaar
- b Aan CZ Aan tussenpersoon Via werkgever
- c automatische incasso acceptgiro premienota
- d Wat is uw rekeningnummer?

3 Huidige zorgverzekeraar?

- a Wie is uw huidige zorgverzekeraar? Inschrijvingsnummer
- b Hoe bent u nu verzekerd? Individueel Collectief Buitenland Niet
- c Hebt u uw huidige zorgverzekering zelf (op uw eigen naam) afgesloten of via een andere persoon (bijv. een ouder, echtgeno(o)te of partner)? Zelf Via een andere persoon

4 Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik CZ toestemming om de hoofdverzekering 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	Hoofdverzekering	Aanvullende verzekering
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 400px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

Toelichting vraag 6: Hebben één of meer van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit? Dan heeft CZ voor personen uit een EU-land of een EER-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.

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