



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 / 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"/>
Cliëntnummer 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-relatiernr. (indien bekend)

## Woonadres

Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging huisnr.   
 Postcode  Woonplaats  Land   
 Telnr. overdag  Telnr. 's avonds  Sofi-nummer/BSN   
 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	Sofi-nummer/BSN
<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"/>

## Gegevens verzekering

*Toelichting vraag 1a: 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.*

### 1a Welke aanvullende verzekering kiest u voor alle te verzekeren personen?

- Jongeren  Gezinnen  50+  Basis  Plus  Top  Excellent  Supertop  Geen

*Toelichting vraag 1b: 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.*

### 1b Welke tandartsverzekering kiest u voor alle te verzekeren personen?

- Tandarts  Uitgebreide tandarts  Geen

### 1c Eigen risico:

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 170,00 per jaar.

# Aanmeldingsformulier CZ Verdragspolis

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  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 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? 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"/>

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

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

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

Naam werkgever/uitkering

Plaatsnaam (van de werkgever of uitkerende instantie)

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 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.

## 6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

- 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).