



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/bedrijfsonderdeelnummer*	<input type="text"/>
*(indien van toepassing)	

### Gegevens verzekeringnemer

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters  Tussenvoegsel  Achternaam

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

Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging huisnr.

Postcode  Woonplaats  Land

Telnr. overdag  Telnr. 's avonds  BSN/Sofinummer

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

Naam werkgever / bedrijfsonderdeel / vestiging

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten?  Ja  Nee

### Gegevens van andere te verzekeren personen

Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam	Geboortedatum	Geslacht	BSN/Sofinummer
<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

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** € 320, € 420, € 520, € 620, € 720

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 € 220,00 per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 220,00 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.

Geboortedatum	Eigen risico	Aanvullende verzekering	Aanvullende verzekering 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"/>

**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 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 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

**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).