



Kruis de hokjes van uw keuze aan en beantwoord de vragen in blokletters met een balpen (blauw of zwart). U komt in aanmerking voor een CZ-zorgverzekering als u in Nederland woont en/of in Nederland in dienstverband werkt en/of in Nederland loonbelasting betaalt.

De ingangsdatum van uw verzekering is 1 januari van een jaar.
 Uitzonderingen hierop kunt u vinden in de algemene voorwaarden.
 U kunt elk jaar veranderen van zorgverzekeraar.

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)

Tussenpersoonsnummer

Cliëntnummer bij tussenpersoon

Gegevens verzekeringnemer

Voorletters Tussenvoegsel Achternaam

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

Straatnaam Huisnr. Toevoeging huisnr.

Postcode Woonplaats Land

Telnr. overdag Telnr. 's avonds Sofi-nummer/BSN

E-mailadres Ik geef CZ toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.

Moet de verzekeringnemer zelf ook verzekerd worden? Ja Nee

Te verzekeren personen (verzekeringnemer hier niet vermelden)

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 het schema onder op de pagina kunt u aangeven welk eigen risico en welke Aanvullende verzekering(en) u kiest.
 Kiest u dezelfde Aanvullende verzekering(en), dezelfde tandartsverzekering en hetzelfde eigen risico voor **alle** te verzekeren personen? Dan kunt u volstaan met het invullen van de eerste regel. De geboortedatum hoeft dan niet te worden ingevuld.

Eigen risico € 0, € 100, € 200, € 300, € 400, € 500,
 U kunt een eigen risico kiezen (voor de te verzekeren personen vanaf 18 jaar). Dit is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Als u kiest voor een hoog eigen risico, verlaagt dit de premie. Het eigen risico is niet van toepassing op de Aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering Jongeren, 50+, Basis, Plus, Top, Excellent, Supertop, Geen
 De Aanvullende verzekering Jongeren en de Aanvullende verzekering Supertop is inclusief tandartsdekking; het is dus niet mogelijk hier nog een Aanvullende tandartsverzekering bij af te sluiten. Als u kiest voor de Aanvullende verzekering Supertop, dan heeft CZ, in verband met een medische beoordeling, een verklaring nodig die uw tandarts moet invullen. Deze wordt u toegestuurd.

Aanvullende verzekering tandarts Tandarts, Uitgebreide tandarts, Geen
 Als u kiest voor de Aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts, dan heeft CZ, in verband met een medische beoordeling, een verklaring nodig die uw tandarts moet invullen. Deze wordt u toegestuurd.

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"/>

Toelichting vraag 2: Als u kiest voor betaling aan CZ via automatische incasso, dan geeft u CZ toestemming om tijdens de gehele duur van de verzekering bedragen van uw rekening af te laten schrijven die u op grond van deze overeenkomst aan premie en eventuele andere kosten verschuldigd bent. De machtiging kunt u altijd weer intrekken. Het bank- of gironummer wordt gebruikt om de premie af te schrijven en om uw nota's, eventuele andere vergoedingen en het eventuele (restant) no-claimbedrag uit te betalen. Hierbij gaan wij ervan uit dat het rekeningnummer ten name van de verzekeringnemer is. De premie wordt vooraf betaald.

2 Hoe wilt u de premie betalen?

a maand kwartaal halfjaar jaar

b Automatische incasso Acceptgiro

c 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

Voor het opzeggen van uw huidige zorgverzekering kunt u gebruik maken van bijgevoegde opzegkaart. Vul de opzegkaart volledig in en voorzie de kaart van uw handtekening. Stuur de ingevulde opzegkaart naar de verzekeraar waar u uw verzekering opzegt of samen met dit aanvraagformulier naar CZ. CZ zal de ingevulde opzegkaart namens u doorsturen.

5 Werken één of meer van de te verzekeren personen in het buitenland of is er sprake van een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering?

Nee Ja, de volgende wel: Geboortedatum Geboortedatum

Toelichting vraag 6: De huisarts moet gevestigd zijn in de directe omgeving. Heeft u dezelfde huisarts voor alle te verzekeren personen? Vul dan alleen vraag 6a in. In alle andere gevallen vul 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"/>

Vraag 6b kunt u overslaan.

6b Welke huisarts kiest u voor welke persoon?

Alleen invullen als u vraag 6a niet heeft beantwoord.

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"/>
<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 een aanvullend document nodig. Als betreffende verzekerde afkomstig is uit een EU-land of een EEG-verdragsland dan is dat een kopie van de ID-kaart of het paspoort. Als het een ander land betreft, dan is dat een verblijfsvergunning. 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
<hr/>	<hr/>	<hr/>

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).