

# Aanmeldingsformulier CZ Verdragspolis



Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen.

U kunt zich bij CZ verzekeren als u aan deze voorwaarden voldoet:

- u woont in Nederland en
  - u werkt in / ontvangt een uitkering uit het buitenland.
- u heeft een verdragsformulier 106/109/121/S1 ontvangen van uw buitenlandse zorgverzekeraar. (Stuur dit formulier mee met deze aanvraag)

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)	
Tussenpersoonsnummer	4125596
Clëntnummer	
Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)	
Collectiviteitsnummer	4112350
Personeelsnummer (indien van toepassing)	
Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer (indien van toepassing)	

Ingangsdatum:  (dd-mm-jjjj)

## Persoonlijke gegevens

Voorletters	<input type="text"/>	Voornaam	<input type="text"/>
Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V CZ-relatienr. (indien bekend) <input type="text"/>

## Woonadres

Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnr.	<input type="text"/>	Toevoeging huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telnr. 1	<input type="text"/>	Telnr. 2	<input type="text"/>	BSN/sofi-nummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>				

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten?  Ja  Nee

Heeft u zelf inkomsten uit Nederland?  Nee  Ja (bijv. loondienst, ww/zw/wia/aow)

## Gegevens van te verzekeren gezinsleden

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"/>

### 1 Heeft één of meerdere van deze gezinsleden inkomsten uit Nederland?

Toelichting bij vraag 1: Inkomsten uit Nederland zijn inkomsten uit werk in Nederland of een Nederlandse sociale verzekeringsuitkering.

a Welke inkomsten heeft uw gezinslid?

## 2 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 tandartsverzekering? Vul dan in de tabel bij deze onderdelen "geen".

### Eigen risico:

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 360,- per jaar.

### Aanvullende verzekering

Geen, Jongeren, Gezinnen, 50+, Basis, Plus, Top

Met de aanvullende verzekeringen Jongeren, Gezinnen en Supertop bent u verzekerd tegen tandartskosten. U kunt hier geen aanvullende tandartsverzekering bij afsluiten.

### 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	Aanvullende verzekering	Aanvullende tandartsverzekering
<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"/>

## Aanmeldingsformulier CZ Verdragspolis

### 3 Hoe wilt u de premie van de aanvullende verzekering betalen?

Toelichting vraag 3: Bij automatische incasso mag CZ **alle** bedragen die betrekking hebben op de premie van uw zorgverzekering van uw bankrekening (IBAN) afschrijven. Hiervoor moet u een apart machtigingsformulier ondertekenen. Dit formulier sturen wij u toe.

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 bankrekening (IBAN)?

Wat is uw BIC?\*

\*Hoefst alleen ingevuld te worden voor niet-Nederlandse bankrekeningen

### 4 Wie is uw huidige Nederlandse zorgverzekeraar?

Inschrijvingsnummer

### 5 Opzeggen huidige Nederlandse verzekering

Met deze aanmelding geef ik CZ toestemming om de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij mijn Nederlandse 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"/>

### 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, Zwitserland of een EER-land een kopie nodig van de ID-kaart of het paspoort. Als het een ander land betreft, dan heeft CZ een kopie van de ID-kaart of het paspoort en van de verblijfsvergunning nodig. Stuur aanvullende documenten mee met dit formulier.

Ja  Nee, de volgende niet:

Geboortedatum	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>

### 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).