



MultiSure B.V.
Verzekeringen/Insurances



Toeca 18
2926 PK Krimpen a/d IJssel
Tel. 0180 - 552 727 - Fax 0180 - 518 970

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)	
Tussenpersoonsnummer	004125596
Cliëntnummer	
Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)	
Collectiviteitsnummer	004131762
Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer*	
Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer*	
*(indien van toepassing)	

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

Offertenummer:

Gegevens verzekeringnemer

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters	<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-relatiernr. (indien bekend)	<input type="text"/>
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/Sofinummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>				

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	Voorvoegsel	Achternaam (geboortenaam)	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"/>

1 Gegevens verzekering

In de tabel onderaan deze pagina kunt u aangeven 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" in.

Eigen risico € 100,-/200,- € 200,-/400,- € 300,-/600,- € 400,-/800,- € 500,-/1000,-

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. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie.

Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

€ 100,-/200,- € 200,-/400,- € 300,-/600,- € 400,-/800,- € 500,-/1000,-

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

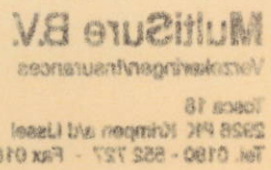
Kiest u voor de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts? Dan heeft CZ voor de medische beoordeling een tandartsverklaring nodig. Deze verklaring moeten u en uw tandarts invullen en ondertekenen. Wij sturen u de verklaring toe.

Geboortedatum	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"/>
<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 bankrekeningnummer 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 half jaar jaar
- b Aan CZ Aan tussenpersoon Via werkgever
- c automatische incasso acceptgiro premienota
- d Wat is uw bankrekeningnummer?



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 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit Nederland?

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

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).