



Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen.
U kunt zich alleen bij CZ verzekeren als u aan deze voorwaarden voldoet:

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

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

De ingangsdatum is altijd gelijk aan de datum ingang vermeld op het verdragsformulier.

| Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon) | |
|--|--------------------------------------|
| Tussenpersoonsnummer | <input type="text" value="4125576"/> |
| Cliëntnummer | <input type="text"/> |
| Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit) | |
| Collectiviteitsnummer | <input type="text" value="4112350"/> |
| Personeelsnummer (indien van toepassing) | <input type="text"/> |
| Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer (indien van toepassing) | <input type="text"/> |

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-relatiennr. (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"/> | | | | |

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 Hebt u of heeft één van uw gezinsleden inkomsten uit Nederland?

Toelichting bij vraag 1: Inkomsten uit Nederland zijn inkomsten uit werk (bijv. loondienst of zelfstandige) in Nederland of een Nederlandse sociale verzekeringsuitkering (bijv. WW, ZW, WIA, AOW). Deze vraag is van toepassing voor alle gezinsleden van alle leeftijden.

Verplicht in te vullen, anders kan het formulier niet verwerkt worden.

Nee

Ja,

| | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Uzelf geboortedatum | <input type="text"/> | Inkomsten | <input type="text"/> |
| Gezinslid geboortedatum | <input type="text"/> | Inkomsten | <input type="text"/> |
| Gezinslid geboortedatum | <input type="text"/> | Inkomsten | <input type="text"/> |
| Gezinslid geboortedatum | <input type="text"/> | Inkomsten | <input type="text"/> |

2 Gegevens verzekering

Geef in de tabel onderaan deze pagina aan 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 € 385,- per jaar.

Aanvullende verzekering

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

Met de aanvullende verzekeringen Jongeren en Gezinnen 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"/> |

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?*

*Hoeft 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: CZ heeft in een aantal gevallen aanvullende documenten nodig voor verzekerden. Bent u EU- of EER-onderdaan en beschikt u over een BSN? Dan hoeft u geen aanvullende documenten mee te sturen. Bent u GEEN EU- of EER-onderdaan of hebt u geen BSN? Stuur dan een kopie paspoort en een kopie verblijfsvergunning woonland mee.

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).