

**CZ Aanmeldingsformulier**  
**Ministerie van Justitie en Veiligheid**



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

**De aanvraag betreft:**

- CZ Zorg-op-maatpolis (naturapolis)
- CZ Zorgkeuzepolis (restitutiepolis)
- CZ Zorgbewustpolis (Natura Select)

**Kruis aan welk collectiviteitsnummer voor u geldt:**

- 4334213 Ministerie van Justitie en Veiligheid (USA/Canada/Caribisch gebied)
- 4334205 Ministerie van Justitie en Veiligheid (rest van de wereld)

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)

**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-relatiennr. (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/sofi-nummer	<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.

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten?  Ja  Nee

**Gegevens van andere te verzekeren personen**

Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam	Geboortedatum	Geslacht	BSN/sofi-nummer
<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 tandartsverzekering? Vul dan in de tabel bij deze onderdelen "geen".

**Eigen risico CZ Zorg-op-maatpolis en CZ Zorgkeuzepolis** € 385,- € 485,- € 585,- € 685,- € 785,- € 885,-

**Eigen risico CZ Zorgbewustpolis** € 385,- € 885,-

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 € 385,- per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 385,- verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering.

**Aanvullende verzekering** Geen, Start, Basis Sticol, Plus Sticol, Top Sticol, Jongeren, 50+, Gezinnen, Buitenland Extra

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

**Aanvullende tandartsverzekering** Tandarts Sticol, Uitgebreide tandarts Sticol

Kiest u voor de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Sticol? 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 tandartsverzekering	Buitenland Extra	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

**2 Hoe wilt u de premie betalen?** (Bij de CZ Zorgbewustpolis is alleen automatische incasso mogelijk)

*Toelichting vraag 2: 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. Uw rekeningnummer gebruiken wij ook voor betalingen aan u.*

- a  maand  kwartaal  halfjaar  jaar
- b  automatische incasso  acceptgiro

c Wat is uw bankrekening? (IBAN)

Wat is uw BIC?\*

*\*Hoeft alleen ingevuld worden voor niet-Nederlandse bankrekeningen*

**3 Huidige zorgverzekeraar**  Inschrijvingsnummer

**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 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"/>

**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: 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, stuur dan een kopie paspoort, een kopie verblijfsvergunning woonland en indien vereist een geldige tewerkstellingsvergunning mee.*

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 Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (zie artikel A23 van de Verzekeringsvoorwaarden).