



Kruis de hokjes van uw keuze aan. Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich bij CZ verzekeren als u minimaal aan één van deze voorwaarden voldoet: ➤ u woont in Nederland, ➤ u werkt in Nederland (in dienstverband), ➤ u betaalt loonbelasting in Nederland.

Collectiviteitsnummer VRIJWILLIGE POLITIE: 2178583

Alleen invullen bij indiensttreders: Collectiviteitsnummer politieonderdeel

Datum indiensttreding bij Politie Nederland

Afstempeling door salarisadministratie politieonderdeel of afdeling P&O:

- **De aanvraag betreft:** CZ Zorg-op-maatpolis (naturapolis) CZ Zorgkeuzepolis (restitutiepolis)
Ingangsdatum: _____ (dd-mm-jjjj)

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

- **Gegevens verzekeringnemer (werknemer van de politie)** *De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.*

Voorletters _____ Tussenvoegsel _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____ Geslacht M V

Straatnaam _____ Huisnr. _____ Toevoeging huisnr. _____

Postcode _____ Woonplaats _____ Land _____

Telnr. overdag _____ Telnr. 's avonds _____ BSN/sofnummer _____

Met het invullen van uw telefoonnummer geeft u toestemming om deze in onze administratie te registreren.

E-mailadres _____

Als u uw e-mailadres invult, geeft u CZ toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.

Regio/politie-instelling _____

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? Ja Nee

- **Gegevens van andere te verzekeren personen**

Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam	Geboortedatum	Geslacht	BSN/sofnummer
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____

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 verzekering Tandarts PZP? Vul dan in de tabel bij deze onderdelen "geen".

Eigen risico € 320,-, € 420,-, € 520,-, € 620,-, € 720,-

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 € 220,- per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 220,- verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering PZP Geen, Jongeren PZP, Basis PZP, Plus PZP, Top PZP

Met de aanvullende verzekering Jongeren PZP bent u verzekerd tegen tandartskosten. U kunt hier geen aanvullende tandartsverzekering bij afsluiten.

Aanvullende verzekering Tandarts PZP Geen, Tandarts PZP, Uitgebreide Tandarts PZP

Kiest u voor de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts PZP? 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 verzekering tandarts
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

➤ Toelichting bij vraag 2:

Bij automatische incasso mag CZ alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bank- of gironummer 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.

2 Premiebetaling

- a automatische incasso acceptgiro
- b Wat is uw rekeningnummer?
- c De premie wordt ingehouden via uw salaris / uitkering

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 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Toelichting bij vraag 5:

Inkomsten uit buitenland zijn inkomsten uit werk of een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering.

5 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland?

- Nee Ja, de volgende wel:
- | | |
|----------------------|----------------------|
| <u>Geboortedatum</u> | <u>Geboortedatum</u> |
| <u>Geboortedatum</u> | <u>Geboortedatum</u> |

➤ Toelichting bij 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.

6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

- Ja Nee, de volgende niet:
- | | |
|----------------------|----------------------|
| <u>Geboortedatum</u> | <u>Nationaliteit</u> |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

➤ 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 aanvraagformulier nauwkeurig, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord. Dit aanvraagformulier 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).