


**De aanvraag betreft de Zorgverzekering Restitutie**

Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich met dit formulier bij Nationale-Nederlanden 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

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 assurantieadviseur** (in te vullen door assurantieadviseur)

Nummer assurantieadviseur

Cliëntnummer

**Gegevens collectiviteit** (in te vullen door collectiviteit)

Collectiviteitsnummer

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer\*

Declaratienummer bedrijfsnummer\*

\*indien van toepassing

**Gegevens verzekeringnemer**
**1 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="radio"/> M <input type="radio"/> V	relatienr. (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 Nationale-Nederlanden toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.

Naam werkgever / bedrijf / collectiviteit

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten?  ja  nee

**Gegevens van andere te verzekeren personen**

Gezinslidnummer	Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam (geboortenaam)	Geboortedatum	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V	BSN/sofinummer
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V	<input type="text"/>

**1 Gegevens verzekering**
**Geef hieronder aan welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest.**

Eigen risico € 385,- € 485,- € 585,- € 685,- € 785,- € 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 de tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 385,- verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Eigen risico

Gezinslidnummer 1	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 2	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 3	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 4	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 5	<input type="text"/>

**Aanvullende verzekering**

Geef in de tabel hiernaast de aanvullende verzekering van uw keuze aan.

Met de aanvullende verzekering Zilver, bent u verzekerd tegen tandartskosten.

U kunt hier geen aanvullende tandartsverzekering bij afsluiten.

Gezinslidnummer	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewenste dekking					
Start	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compleet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gezinslidnummer	1	2	3	4	5
Comfort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Top	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zilver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TandenGaaf**

Kiest u voor een TandenGaaf product met een maximum bedrag van € 1.000,- of € 1.500,-? Dan heeft Nationale-Nederlanden voor de medische beoordeling een verklaring nodig. Deze verklaring moeten u en uw tandarts invullen en ondertekenen. Wij sturen u de verklaring toe.

Gezinslidnummer	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewenste dekking					
TandenGaaf € 250,-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TandenGaaf € 500,-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TandenGaaf € 1.000,-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TandenGaaf € 1.500,-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2 Hoe wilt u de premie betalen?

Toelichting vraag 2: Bij automatische incasso mag Nationale-Nederlanden **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. Het kan zijn dat uw collectiviteit aparte afspraken heeft gemaakt over de premiebetaling.

- a  maand  kwartaal  half jaar  jaar
- b  automatische incasso  acceptgiro
- c Wat is uw bankrekeningnummer? (IBAN) \_\_\_\_\_
- d Wat is uw BIC? \_\_\_\_\_

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

## 3 Huidige zorgverzekeraar

- a Wie is uw huidige zorgverzekeraar? \_\_\_\_\_ Inschrijvingsnummer \_\_\_\_\_
- b Hoe bent u nu verzekerd?  Individueel  Collectief  Buitenland  Niet
- c Heeft u uw huidige zorgverzekering zelf (op uw eigen naam) afgesloten of via een andere persoon (bijvoorbeeld een ouder, echtgeno(o)te of partner)?  Zelf  Via een andere persoon

## 4 Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik Nationale-Nederlanden 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 Nationale-Nederlanden niet alle verzekeringen voor alle personen opzegt? Geef dan aan welke verzekering Nationale-Nederlanden moet opzeggen en voor wie.

	Naam	Geboortedatum	Basisverzekering	Aanvullende verzekering
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____

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

Toelichting bij vraag 5: Inkomsten uit het 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: Nationale-Nederlanden 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 en van eventuele aanvullende verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten met Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV, KvK 27118912 onder de voorwaarden die van toepassing zijn. Deze NV behoort tot de CZ groep te Tilburg. Ondergetekende verklaart hiermee akkoord te gaan.

Plaats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

U kunt dit formulier sturen naar: Nationale-Nederlanden, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

De door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) aan Nationale-Nederlanden verstrekte gegevens zijn primair bestemd om door Nationale-Nederlanden 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. Nationale-Nederlanden 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).