

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

1 Mijn gegevens (verzekeringnemer)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon privé Telefoon mobiel

E-mailadres

Naam collectiviteit

Collectiviteitsnummer

2 Ik meld ook de volgende personen aan voor de basisverzekering

Verzekerde 1 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders, namelijk Soort relatie Partner Kind

Verzekerde 2 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders, namelijk Soort relatie Partner Kind

Verzekerde 3 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders, namelijk Soort relatie Partner Kind

Verzekerde 4 Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

Nationaliteit Nederlands Anders, namelijk Soort relatie Partner Kind

3 Aanvullende verzekeringen

		Verzekeringnemer	Partner
Aanvullend¹⁾	Optimaal aanvullend 1 met Aanvullend Tand 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Optimaal aanvullend 2 met Aanvullend Tand 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Optimaal aanvullend 3 met Aanvullend Tand 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb een volledige gebitsprothese en heb geen tandartsverzekering nodig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

4 Inkomen (vul deze vraag alleen in als u 18 jaar of ouder bent)

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Krijgt u een persoonlijk inkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik krijg mijn persoonlijk inkomen uit	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Buitenland <input type="checkbox"/> Beide

5 Waarom vraagt u een basisverzekering aan en per welke datum?

Omdat ik overstap van een andere zorgverzekeraar per 1 januari

Omdat ik collectief verzekerd ben en wijzig van collectiviteit

Omdat er een nieuw recht op de basisverzekering is ontstaan

Omdat ik verzekerd was via Menzis COA administratie (MCA)

Omdat ik zelf verzekeringnemer wil worden

Omdat ik uit het buitenland kom

Omdat ik onverzekerd ben sinds

Anders namelijk:

Ingangsdatum - -

Wij zeggen automatisch uw basisverzekering en aanvullende verzekering(en) op bij uw huidige zorgverzekeraar.

Dat doen wij voor alle opgegeven personen. Wilt u niet dat wij uw aanvullende verzekeringen voor u opzeggen? Kruis dan dit hokje aan:

Nee, ik wil niet dat u mijn aanvullende verzekering(en) namens mij opzegt.

6 Betaalgegevens

U betaalt de zorgpremie via een maandelijks automatische incasso.

Mijn rekeningnummer (IBAN)

Wij hebben uw rekeningnummer ook nodig om uw declaraties te kunnen uitbetalen

Door dit formulier te ondertekenen geeft u NL10ZZZ302086370000 Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. / Achmea Zorgverzekeringen N.V. toestemming om de premie, eigen risico, eigen bijdrage en overige vorderingen volgens deze betaalwijze in rekening te brengen.

7 Ondertekening verzekeringnemer

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat: • u de inhoud van de informatiedocumenten van uw gekozen product(en) kent.

U kunt de documenten inzien en downloaden op zk.nl/informatiedocument • alle informatie die u gaf, klopt • u geen belangrijke informatie geheim heeft gehouden • u weet dat wij uw verzekering mogen stoppen of weigeren als uw gegevens niet kloppen • u weet dat u premie moet betalen als de polis begint.

Wij gebruiken uw informatie hiervoor: • wij schrijven u in • wij zijn u beter van dienst • wij zorgen dat anderen geen misbruik van uw gegevens maken • wij sturen u informatie over een ander product van Achmea of Zilveren Kruis • wij beschermen uw gegevens volgens de regels van het College Bescherming Persoonsgegevens • u gaat akkoord met het verstrekken van informatie door Achmea Zorgverzekeringen N.V. over een geconstateerde premieachterstand aan de gemeente • informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens vindt u op www.zilverenkruis.nl/consumenten/privacy

Datum - - Handtekening verzekeringnemer

Stempel gemeente

1) U kunt deze verzekering alleen afsluiten voor personen van 18 jaar of ouder. Personen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd en krijgen de hoogste AV van de ouders. Kinderen ouder dan 18 jaar moeten zelf een aanvraagformulier invullen.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.zilverenkruis.nl/consumenten/privacy) van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.