Zorg en Zekerheid
Beter in jouw buurt

Aanmeldformulier

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. Vergeet de achterkant niet.
Zo kunnen we uw aanvraag snel verwerken. U kunt zich ook aanmelden via **zorgenzekerheid.nl/aanmelden.**

1. Aanvrager

Voorletters en achternaam	☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	Burgerservicenummer
Telefoon	Nationaliteit
E-mailadres	

2. Ontvangstwijze polisblad (bewijs van verzekering) en verzekeringsinformatie

U ontvangt uw polisblad en verzekeringsinformatie standaard digitaal. Uw informatie staat overzichtelijk in de app en MijnZZ.
Post toch liever op papier ontvangen? U kunt dit makkelijk zelf aanpassen in de app of MijnZZ.

3. Betaalwijze premie en eigen risico en uitbetaling declaraties

IBAN (rekeningnummer) aanvrager

Ik wil mijn premie als volgt betalen:

Automatische incasso per:

☐ maand
☐ kwartaal
☐ half jaar
☐ jaar

Waarvoor ik Zorg en Zekerheid bij deze machtig.

☐ Via een betaalverzoek

Bij betaling per half jaar ontvangt u 0,75% korting op uw premie.

Bij betaling per jaar ontvangt u 1,5% korting op uw premie.

ZZ-00013-1026-1.0

Wilt u gebruikmaken van gespreid betalen eigen risico?

Bij gespreid betalen eigen risico betaalt u het verplicht eigen risico in 10 termijnen. De termijnen lopen van februari tot en met november. Gebruikt u het verplicht eigen risico niet helemaal? Dan krijgt u het te veel betaalde bedrag gewoon terug.
U betaalt de termijnen op dezelfde manier als uw premie. Kiest u ervoor om de premie via automatische incasso te betalen? Dan gebruiken we de incassomachtiging hiervan ook voor gespreid betalen eigen risico. Kijk voor meer informatie op **zorgenzekerheid.nl/gespreidbetalen**. U kunt onder punt 7 aankruisen of uzelf en/of uw medeverzekerden vanaf 18 jaar hiervan gebruik willen maken.

Wilt u geen gebruikmaken van gespreid betalen eigen risico of niet voor iedere medeverzekerde?
Geef dan hieronder aan op welke manier u het eigen risico wilt betalen.

☐ Automatische incasso, waarvoor ik Zorg en Zekerheid bij deze machtig.
☐ Via een betaalverzoek.

4. Ik meld me aan voor:

☐ Collectieve verzekering via een werkgever, (sport)vereniging, sportschool, gezondheidscentrum of andere organisatie
Vul de gegevens van de organisatie hieronder in:

Naam _____

Bedrijfsonderdeel (bij werkgever) _____

☐ Collectieve verzekering voor consumenten
☐ Collectieve verzekering voor studenten en scholieren
☐ Collectieve verzekering voor gezinnen
☐ Een individuele verzekering

5. Te verzekeren gezinsleden

	Voorletters	Achternaam en/of geboortenaam	Man	Vrouw	Anders	Geboortedatum	Burgerservicenummer	Nationaliteit
Partner			☐	☐	☐			
Kind 1			☐	☐	☐			
Kind 2			☐	☐	☐			
Kind 3			☐	☐	☐			
Kind 4			☐	☐	☐			

6. Tandartsvergoeding delen*

Het delen van de tandartsvergoeding is mogelijk voor twee verzekerden van 18 jaar en ouder op één polis wanneer u dezelfde aanvullende verzekering aanvraagt. Wilt u de tandartsvergoeding delen?

☐ Ja (kruis uw gewenste aanvullende verzekering aan in de kolom AV-Delen bij punt 7).
☐ Nee (ga verder naar punt 7).

* Lees de voorwaarden van AV-Delen op **zorgenzekerheid.nl/delen.**

7. Gewenste basisverzekering, eigen risico en aanvullende verzekering

Kinderen tot 18 jaar krijgen automatisch de aanvullende verzekering met de hoogste dekking van de ouder/verzorger.

	Basis-verzekering			Vrijwillig eigen risico bovenop het verplicht eigen risico van € 400,-						Aanvullende verzekering						AV-Delen						
	Gespreid betalen eigen risico**	Zorg Zeker Polis	Zorg Vrij polis	€ 0,-	€ 100,-	€ 200,-	€ 300,-	€ 400,-	€ 500,-	Sure	Plus	GeZZin	Basis	Standaard	Standaard Regio	Top	Sure Delen	Plus Delen	GeZZin Delen	Standaard Delen	Top Delen
Aanvrager																					
Partner																					
Kind 1																					
Kind 2																					
Kind 3																					
Kind 4																					

** Niet in combinatie met een vrijwillig eigen risico.

8. Gewenste ingangsdatum van uw nieuwe verzekering bij Zorg en Zekerheid

☐☐-☐☐-☐☐☐☐

9. Komt u uit het buitenland?

☐ Nee
☐ Ja, per ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Of uw partner?

☐ Nee
☐ Ja, per ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Of uw kinderen?

☐ Nee
☐ Ja, per ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Komt u (en/of uw gezinsleden) van buiten de Europese Unie? Voeg dan een kopie toe van beide kanten van de verblijfstitel.

10. Opzegservice

Door het aanvragen van de zorgverzekering machtigt u ons om uw oude zorgverzekering (en die van uw gezinsleden) namens u op te zeggen. Wij gaan er ook vanuit dat u ons machtigt om de aanvullende verzekering(en) namens u (en uw gezinsleden) bij uw oude zorgverzekeraar op te zeggen. Als dit niet het geval is, kunt u het onderstaande hokje aankruisen.

☐ Ik wil **niet** dat u de aanvullende verzekering namens mij (en mijn gezinsleden) opzegt.

U kunt van de opzegservice gebruikmaken (dit kan niet met terugwerkende kracht):

1. als u meeverzekerd bent en een eigen verzekering wilt afsluiten of 18 jaar bent geworden;
2. als u in de loop van het jaar van werkgever verandert en collectief verzekerd bent via uw oude werkgever en gebruik gaat maken van een collectieve verzekering via uw nieuwe werkgever bij Zorg en Zekerheid.

☐ Ik wil niet op de hoogte gehouden worden van het laatste nieuws rondom mijn zorgverzekering.

11. Ondertekening

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ondergetekende heeft er kennis van genomen dat:

1. Als u geen keuze aangeeft bij de rubrieken basisverzekering, eigen risico, de betaalwijze en/of -frequentie, zal Zorg en Zekerheid uitgaan van de basisverzekering Zorg Zeker Polis, een gewenst vrijwillig eigen risico van € 0,- en betalen via betaalverzoek.
2. Zorg en Zekerheid gerechtigd is bij een onjuiste voorstelling van zaken alle uitgekeerde kosten terug te vorderen en de verzekering te beëindigen.
3. Wanneer de overeenkomst ingaat op een andere datum dan 1 januari geldt deze voor het lopende jaar. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt stilzwijgende verlenging plaats voor de duur van 1 jaar.
4. Als u heeft aangegeven zich collectief te willen verzekeren, kan Zorg en Zekerheid uw gegevens uitwisselen met de betreffende organisatie.
5. Ik ga akkoord met de voor deze verzekering geldende polisvoorwaarden. U kunt deze vinden op **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. U kunt de polisvoorwaarden kosteloos op papier ontvangen als u hierom vraagt.

Plaats: _____ Datum: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Handtekening aanvrager:

Stuur dit formulier naar Zorg en Zekerheid, Postbus 400, 2300 AK Leiden. Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met de geldende privacywetgeving. In onze privacyverklaring informeren wij u daarover. Wilt u dit nalezen? Kijk op **zorgenzekerheid.nl/privacy**. Hier leest u hoe wij omgaan met persoonsgegevens en welke rechten u heeft.