Amsterdam 46075, 1060 VB Amsterdam, 020 - 586 66 66

Aanmeldformulier
AZVZ

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. Vergeet de achterkant niet.
Zo kunnen we uw aanvraag snel verwerken.

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 MijnAZVZ.
Post toch liever op papier ontvangen? U kunt dit makkelijk zelf aanpassen in MijnAZVZ.

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.

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 6 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 verzekerde?
Geef dan hieronder aan op welke manier u het eigen risico wilt betalen.
☐ Automatische incasso, waarvoor ik Zorg en Zekerheid, namens AZVZ bij deze machtig.
☐ Via een betaalverzoek.

4. Ik meld me aan voor:

☐ Collectieve verzekering via werkgever:
In verband met de collectiviteitkorting vragen wij u hier de naam en het adres van uw werkgever te vermelden:

Naam werkgever	
Adres	
Postcode	Woonplaats

5. Te verzekeren partner:

☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, graag gegevens partner invullen:

Achternaam		☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
Voorletters	Burgerservicenummer	
Geboortedatum		

☐ Basisverzekering
☐ Aanvullende verzekering COMFORT
☐ Aanvullende verzekering COMFORT EXTRA

Zeevarende ☐ Ja ☐ Nee Binnenvaart ☐ Ja ☐ Nee Walbedrijf ☐ Ja ☐ Nee

6. Te verzekeren kind(eren)

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

	Voorletters	Achternaam	Man	Vrouw	Anders	Geboorte datum	Burgerservicenummer	Nationaliteit	Gespreid betalen eigen risico
Partner									
Kind 1									
Kind 2									
Kind 3									
Kind 4									

7. Gewenste ingangsdatum van uw nieuwe verzekering bij AZVZ. ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Als u (en/of uw gezinsleden) niet de Nederlandse nationaliteit heeft, voeg dan een kopie van het paspoort bij. Komt u (en/of uw gezinsleden) van buiten de Europese Unie? Voeg dan een kopie toe van beide kanten van de verblijfstitel.

8. 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 mijn aanvullende verzekering namens mij (en mijn gezinsleden) opzegt.

U kunt van de opzegservice gebruik maken (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.

9. Ondertekening

Ondergetekende verklaart ervan op de hoogte te zijn dat het verstrekken van onjuiste gegevens of het verzwijgen van voor de verzekering relevante informatie gevolgen kan hebben voor de geldigheid van de verzekering.

Plaats: _____ Datum: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Handtekening aanvrager:

Stuur dit formulier naar AZVZ, Antwoordnummer 46075, 1060 VB Amsterdam. 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.