

Met dit formulier kunt u een (aanvullende) zorgverzekering aanvragen of een persoon aanmelden voor een bestaande verzekering. Kruis aan wat voor u van toepassing is. Graag invullen in blokletters.

Nieuwe verzekering Aanmelden nieuwe verzekerde voor een bestaande verzekering

A. Persoonlijke gegevens

Het klantnummer vindt u op Mijn IZA.

Bent u al bij ons verzekerd en wilt u alleen een nieuwe verzekerde aanmelden? Vul dan hier uw klantnummer, naam en geboortedatum in en ga door naar vraag B.

Klantnummer

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

1

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

Straat Huisnummer Toevoeging huisnummer

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel telefoonnummer

E-mailadres

Vraagt u voor uzelf een verzekering aan? Ja Nee

B. Persoonlijke gegevens te verzekeren personen

Vraagt u voor uw gezinsleden of andere personen een verzekering aan? Ja Nee
Zo nee, ga door naar vraag C.

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

2

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

3

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

4

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

5

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

6

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit

Man Vrouw NL Anders*

C. Inkomsten uit het buitenland

Inkomsten zijn loon, winst of andere inkomsten uit arbeid, pensioen of sociale verzekering. Heeft u vragen over uw zorgverzekering in verband met inkomsten uit het buitenland? Kijk dan op onze website voor meer informatie.

Ontvangt 1 van de personen voor wie u deze verzekering aanvraagt inkomsten uit het buitenland? Ja Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde 1 2 3 4 5 6

D. Collectieve verzekering

Naam werkgever/organisatie

Datum indiensttreding

*Uw werkgevers- of collectiviteitsnummer kunt u opvragen bij uw werkgever of organisatie.

Werkgevers-/collectiviteitsnummer*

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Uw salarisnummer of lidmaatschapsnummer vindt u op uw salarisspecificatie. U kunt dit ook opvragen bij uw werkgever.

Salarisnummer*

Wij kunnen bij uw werkgever of organisatie navragen of u recht heeft op deelname aan een collectieve verzekering.

E. Basisverzekering

Meer informatie over de basisverzekering en het eigen risico vindt u op onze website.

IZA Eigen Keuze

IZA Ruime Keuze

Eigen risico

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Iedereen van 18 jaar en ouder kan daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Wilt u een vrijwillig eigen risico? Ja Nee

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan. Voor personen tot 18 jaar hoeft u geen keuze te maken.

	€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Aanvullende verzekering

Meer informatie over de aanvullende verzekeringen vindt u op onze website.

Wilt u een aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan.

Wilt u geen aanvullende verzekering? Ga dan verder met vraag G.

Kinderen onder de 18 jaar krijgen automatisch de hoogste aanvullende verzekering van de verzekerde ouder(s)/verzorger(s).

	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3	IZA Extra Zorg 4	IZA Classic Comfort*
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* IZA Classic Comfort is een aanvullende verzekering inclusief een tandartsverzekering. Kiest u voor deze aanvullende verzekering? Dan kunt u geen losse aanvullende tandartsverzekering afsluiten. Meer informatie over IZA Classic Comfort vindt u op www.iza.nl.

Wilt u een aanvullende tandartsverzekering? Zo ja, geef dan hieronder uw keuze aan.

	IZA Extra Tand 1	IZA Extra Tand 2	IZA Extra Tand 3
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Ingangsdatum en opzegservice

De verzekering moet ingaan per

Hebben de personen voor wie u een verzekering aanvraagt op dit moment een zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar? Ja Nee
Zo nee, vul dan vraag 2 in.

1. Als u een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons voor de personen voor wie u de verzekering aanvraagt toestemming de oude zorgverzekering(en) op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekering(en). Wilt u dat de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd wordt/worden? Geef dat dan hieronder aan.

De aanvullende verzekering(en) moet(en) niet opgezegd worden.

2. De personen voor wie u een verzekering aanvraagt hebben op dit moment geen zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Vermeld hier welke situatie van toepassing is.

- Pasgeboren Geadopteerd Als militair verzekerd
 Afkomstig uit buitenland Gemoedsbezwaard geweest Niet verzekerd

H. Betaling

Kiest u voor automatische incasso? Wij schrijven maximaal € 220 per maand automatisch af voor eigen risico, eigen bijdragen of vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald. Voor bedragen boven de € 220 krijgt u een factuur. Als wij ervoor kiezen om u een (papier) factuur te sturen, zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

Meldt u een nieuwe verzekerde aan voor een bestaande verzekering? Dan hoeft u deze vraag niet in te vullen. De wijze van premiebetaling verandert niet.

Wat is uw rekeningnummer?

IBAN

Zonder rekeningnummer kunnen wij uw nota's niet uitbetalen.

Hoe wilt u de premie betalen?

Via inhouding op salaris Salarisnummer

Automatische incasso

Papieren factuur (u betaalt € 1,50 per papieren factuur)

Gewenste betalingstermijn voor de premie Per maand Per kwartaal Per half jaar Per kalenderjaar

Hoe wilt u het eigen risico en andere verschuldigde bedragen betalen?

Automatische incasso

Papieren factuur (u betaalt € 1,50 per papieren factuur)

Toestemming voor automatisch incasso

Kiest u voor automatische incasso? Uw toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Als een automatische afschrijving niet kan worden uitgevoerd, krijgt u van ons een papieren factuur. Hiervoor betaalt u € 1,50 per factuur.

Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

J. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. U gaat akkoord met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst en met de Zorgverzekeringskaart over dit verzekeringsproduct. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum, opzegservice (rubriek G) en betalingswijze (rubriek H) zoals opgenomen op dit aanmeldformulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op www.iza.nl. Op verzoek sturen wij u de voorwaarden toe. Ook kunt u de voorwaarden inzien op 1 van onze vestigingen. Inschrijving vindt plaats nadat wij hebben vastgesteld dat de te verzekeren personen aan de voorwaarden voor een zorgverzekering voldoen.

Door het afsluiten van een zorgverzekering met IZA Zorgverzekeraar N.V. wordt ondergetekende ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u aangeeft daar geen prijs op te stellen. Deze coöperatie is houder van alle aandelen IZA Zorgverzekeraar N.V. en behartigt het belang van haar leden op het gebied van (zorg)verzekeringen. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst(en) wordt het lidmaatschap ook beëindigd.

Bij het uitvoeren van uw verzekering(en) verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u deze overeenkomst aangaat of wijzigt, dan geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons)gegevens voor de doelen zoals vermeld in de privacyverklaring. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming, e-mailadres privacy@vgz.nl. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Ik geef IZA Zorgverzekeraar N.V. toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor het versturen van:

- het polisblad
- informatie over uw zorgverzekering
- Mededelingen over uw zorgverzekering zoals wijzigingen in de premie en/of verzekeringsvoorwaarden
- nieuwsbrieven en aanbiedingen
- Zorginformatie zoals nieuwsbrieven en aanbiedingen

Gegevensuitwisseling met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Interprovinciaal Overleg (IPO) en Unie van Waterschappen (UvW)

VNG, IPO, of UvW heeft voor u een collectieve zorgverzekering met IZA afgesloten. VNG, IPO of UvW willen u informeren over de mogelijkheden van deze collectieve zorgverzekering. Daarvoor hebben ze uw contactgegevens nodig. U kunt uw toestemming daarvoor aan IZA hieronder kenbaar maken. Deze toestemming kunt u op ieder gewenst moment intrekken. Als u instemt met de uitwisseling van de gegevens, vult u dat hieronder in uitsluitend voor uw koepel (VNG, IPO of UvW).

Wilt u hiernaast alleen voor uw koepel (VNG, IPO of UvW) uw antwoord invullen?

- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) te verstrekken, zodat VNG mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.
- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan het Interprovinciaal Overleg (IPO) te verstrekken, zodat IPO mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.
- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan de Unie van Waterschappen (UvW) te verstrekken, zodat UvW mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.

Heeft u een vraag?
Kijk dan op www.iza.nl/contact.
Wij helpen u graag.

Vul ook de datum en plaats in.
Staat uw handtekening op het formulier? Dan kunt u het opsturen naar onderstaand adres.

Datum Plaats

Gegevens IZA

Hieronder vindt u de gegevens van IZA. U vindt deze incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

IZA Zorgverzekeraar NV

Postbus 25210
5600 RS Eindhoven
Nederland

Incassant-ID

NL93ZZZ091544270000

Handtekening verzekeringnemer
