

Woont u in een EU/EER-land? Dan kunt u met dit formulier een (aanvullende) zorgverzekering aanvragen.
Graag invullen in blokletters.

A. Persoonlijke gegevens

Uw burgerservicenummer (BSN)
vindt u op uw identiteitsbewijs.

Achternaam	Voorletter(s)		Tussenvoegsel(s)
Geboortedatum	Geslacht		Burgerservicenummer
Volledige voornamen		<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat		Huisnummer	Toevoeging huisnummer
Postcode	Woonplaats		
Telefoonnummer overdag	Land		

* Hebt u een andere nationaliteit dan de Nederlandse? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of uw Europese identiteitskaart.

Nationaliteit Nederlandse Anders, namelijk* _____

E-mailadres _____

Bent u vanuit Nederland naar uw huidige buitenlandse adres verhuisd? Wat is de datum van uw verhuizing?

_____|_____|_____

Wilt u dat wij de post naar een ander adres dan uw woonadres sturen? Geef dat dan hieronder aan.

Straat	Huisnummer	Toevoeging huisnummer
Postcode	Woonplaats	
Land		
Ten name van (indien niet uzelf)		

2. Zorgverzekering

Meer informatie over de zorgverzekering vindt u op onze website.

Welke zorgverzekering kiest u?

IZA Eigen Keuze IZA Ruime Keuze

Bent u bij IZA ingeschreven (geweest)?

Uw klantnummer vindt u op uw zorgpas of in Mijn IZA.

Ja Nee Zo ja, wat is uw klantnummer? _____

3. Vrijwillig eigen risico zorgverzekering

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder hebben een verplicht eigen risico. Daarnaast kan voor een vrijwillig eigen risico worden gekozen.

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Geef hieronder uw keuze aan:

- € 0
- € 100
- € 200
- € 300
- € 400
- € 500

4. Aanvullende verzekering

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

Wenst u een aanvullende verzekering? Zo ja, maak dan hieronder uw keuze uit de volgende pakketten:

IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3	IZA Extra Zorg 4	IZA Classic Comfort*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* IZA Classic Comfort is een aanvullend pakket inclusief een tandartsverzekering. Kiest u voor dit aanvullend pakket, dan kunt u geen losse aanvullende tandartsverzekering afsluiten. Meer informatie over IZA Classic Comfort vindt u op www.iza.nl.

Wenst u een aanvullende tandartsverzekering? Zo ja, maak dan hieronder een keuze uit de volgende pakketten.

IZA Extra Tand 1	IZA Extra Tand 2	IZA Extra Tand 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Registratie en betalingswijze

De ingangsdatum van uw zorgverzekering kan afwijken van wat u hier invult. De ingangsdatum is afhankelijk van het moment waarop wij uw verzekeringsplicht kunnen vaststellen en de einddatum van uw oude zorgverzekering.

U kunt uw collectiviteitsnummer opvragen bij uw werkgever of organisatie.

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 papieren factuur.

a. Vanaf welke datum wenst u ingeschreven te worden voor de zorgverzekering en aanvullende verzekering?

Vanaf

b. Op welke wijze wenst u de premie, het eigen risico en onterecht aan u betaalde vergoedingen te voldoen?

Via borderel: Collectiviteitsnummer:

Wat is uw rekeningnummer?

IBAN

Wijze van betaling

Betaling per automatische incasso is gratis. Kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan betaalt u hiervoor € 1,50 per papieren factuur. Geef hieronder uw keuze aan.

- Automatische incasso, maandbetaling
 Automatische incasso, betaling per kalenderjaar
 Papieren factuur, maandbetaling (kosten € 1,50 per papieren factuur)
 Papieren factuur, betaling per kalenderjaar

Toestemming voor automatische incasso

Kiest u voor automatische incasso? Uw toestemming geldt voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst.

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.

c. Wilt u te ontvangen bedragen voor ingediende nota's op uw buitenlandse bankrekening ontvangen?

Ja Nee

Bankrekeningnummer:

IBAN nummer:

6. Verzekeringsinstelling in uw woonland

Bij welke verzekeringsinstelling in uw woonland bent u verzekerd of wilt u verzekerd worden?

Naam verzekeringsinstelling:

Straat

Huisnummer

Toevoeging huisnummer

Postcode

Woonplaats

7. Gegevens werkgever, uitkeringsinstelling of eigen bedrijf in Nederland

Gegevens dienstbetrekking/uitkering in Nederland.

Wat is de naam en het adres van uw werkgever of uitkeringsorgaan of eigen bedrijf in Nederland?

Naam werkgever of uitkeringsinstelling:

Straat

Huisnummer

Toevoeging huisnummer

Postcode

Woonplaats

Naam eigen bedrijf en inschrijffnummer Kamer van Koophandel

8. Gegevens dienstbetrekking in Nederland

Met ingang van welke datum bent u in dienst getreden?

Datum indiensttreding:

Houdt uw werkgever sociale premies Zvw en Wlz in op uw salaris?
Bij twijfel verzoeken wij u een kopie van uw loonstrook mee te sturen.

Ja

Nee

9. Gegevens uitkering

a. Met ingang van welke datum ontvangt u een uitkering?

Datum aanvang uitkering:

b. Wat voor een soort uitkering ontvangt u?

Soort uitkering:

Houdt uw uitkeringsinstelling sociale premies Zvw en Wlz in op uw salaris?
Bij twijfel verzoeken wij u een kopie van uw uitkeringsspecificatie mee te sturen.

Ja

Nee

10. Opzegservice

De opzegging van uw zorgverzekering bij een buitenlandse zorgverzekeraar regelt u zelf.

Hebt u 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 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. Op dit moment hebt u geen zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Kruis aan welke situatie van toepassing is.

Als militair verzekerd

Afkomstig uit/woonachtig in buitenland

Gemoedsbezwaard geweest

Niet verzekerd

11. 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. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum (rubriek 5), opzegservice (rubriek 10) en betalingswijze (rubriek 5) zoals opgenomen op dit formulier.

De voorwaarden kunt u lezen op www.iza.nl. Op verzoek zenden wij u de voorwaarden toe. Inschrijving vindt plaats nadat wij hebben vastgesteld dat 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 de aanvraag of wijziging van een verzekering vragen wij persoonsgegevens. Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(-en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Als u deze overeenkomst aangaat of wijzigt, dan geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons)gegevens voor de doelen zoals hiervoor vermeld.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

U geeft IZA Zorgverzekeraar N.V. toestemming om uw 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

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

Hebt 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.

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

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).

- 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.

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer