

Bericht van wijziging Collectieve (aanvullende) zorgverzekering Thuiszorg

Met dit formulier kunt u wijzigingen in uw zorgverzekering of persoonlijke gegevens aan ons doorgeven. Wist u dat u wijzigingen ook eenvoudig online door kunt geven? Ga hiervoor naar www.mijnunivezorg.nl.

Vul altijd vraag 1 en 3 in. Verder vult u alleen de gegevens in die wijzigen. Graag invullen in blokletters.

1. Persoonlijke gegevens (verzekeringnemer)

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering heeft aangevraagd.

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas, in de Univé App of in Mijn Univé Zorg.

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Klantnummer	Burgerservicenummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2a. Wijziging persoonlijke gegevens

Adresgegevens, wat is uw nieuwe (correspondentie)adres?

Straat	Huisnummer	Toevoeging huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Betaalgegevens

Wat is uw nieuwe rekeningnummer? IBAN

Hoe wilt u de premie, uw eigen risico vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald voldoen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maandbetaling via automatische incasso | <input type="checkbox"/> Jaarbetaling via automatische incasso |
| <input type="checkbox"/> Maandbetaling via papieren factuur (u betaalt € 1,50 per papieren factuur) | <input type="checkbox"/> Jaarbetaling via papieren factuur |

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. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

Doorlopende machtiging automatische incasso

Kiest u voor automatische incasso? Uw toestemming geldt voor de betaling van de premie, het eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. 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.

E-mailadres

Wat is uw nieuwe e-mailadres?

Telefoonnummer

Wat is uw nieuwe (mobiele) telefoonnummer

Geboorte of adoptie

Geef aan waar sprake van is: Geboorte Adoptie

Geboorte: een pasgeborene moet u binnen 4 maanden na de geboorte aanmelden.

Adoptie: is uw kind geadopteerd? Wilt u dan een kopie van de adoptie-papieren meesturen?

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Burgerservicenummer	Geslacht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Ingangsdatum adoptie	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Overlijden

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Burgerservicenummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Datum overlijden	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

2b. Beëindiging / omzetting verzekering

Opzeggen kan tot en met 31 december. De opzegging gaat dan in per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Dit geldt voor de basisverzekering en alle aanvullende verzekeringen.

Beëindiging met ingang van
Geef aan welke zorgverzekering u wilt beëindigen.

--	--	--

- De basisverzekering, de aanvullende verzekering en de eventuele tandheelkundige verzekering
- Alleen de basisverzekering
- De aanvullende verzekering en de tandheelkundige verzekering
- Alleen de aanvullende verzekering
- Alleen de tandheelkundige verzekering

Als u uw verzekering wilt omzetten naar een andere collectieve verzekering via uw werkgever, vul dan hiervoor een aanvraagformulier Univé (aanvullende) zorgverzekering in.

Wat is de reden van de gewenste beëindiging?

- Opzegging per contractvervaldatum
- Premie- of voorwaardenaanpassing
- Overige

Omzetten naar andere collectieve verzekering via ledenorganisatie

Naam organisatie

Postcode en plaats organisatie

Ingangsdatum lidmaatschap

--	--	--

Lidmaatschapsnummer*

Collectiviteitsnummer*

Uw lidmaatschapsnummer of collectiviteitsnummer kunt u opvragen bij uw organisatie.

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

2c. Wijziging basisverzekering en/of eigen risico

Wilt u uw huidige basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari).

Wijziging basisverzekering

Geldt de wijziging voor alle, op de polis vermelde, verzekerden? Ja Nee
Zo nee, geef hieronder aan voor welke verzekerden de wijziging geldt.

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas, in de Univé App of in Mijn Univé Zorg.

	Klantnummer	Univé Zorg Vrij polis	Univé Zorg Geregeld polis
1	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het verplicht eigen risico geldt voor iedere verzekerde van 18 jaar en ouder.

Iedereen van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar.

Wijziging eigen risico

Gelden alle wijzigingen voor alle, op de polis vermelde, verzekerden? Zo nee, vult u dan de klantnummers in van de verzekerden van 18 jaar en ouder voor wie de wijziging van het eigen risico en/of wijziging van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering geldt. Ja Nee

Wilt u uw vrijwillig eigen risico wijzigen? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari).

	Klantnummer	geen vrijwillig eigen risico	€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500
1	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2d. Wijziging aanvullende verzekering

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

Wilt u een aanvullende verzekering afsluiten? Of wilt u uw huidige aanvullende verzekering wijzigen? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari). Geeft u uw wijziging of eerste aanvraag ná 31 januari aan ons door, dan gaat die in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Voor personen onder de 18 jaar hoeft u geen keuze te maken. Zij krijgen automatisch de hoogste aanvullende verzekering van 1 van de ouders/verzorgers.

Voor Tand Best geldt een wachttijd van 12 maanden voor orthodontie, gedeeltelijke gebitsprothesen, implantaten, kronen en bruggen.

Voor verzekerden tot 18 jaar is geen premie verschuldigd, als de verzekeringnemer voor tenminste 1 verzekerde premie is verschuldigd voor een modulair pakket en/of tandpakket.

Wilt u een modulair pakket? Vermeld hier uw keuze.

Klantnummer	Collectief Aanvullend Goed	Collectief Aanvullend Beter	Collectief Aanvullend Best
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u een tandpakket? Vermeld hier uw keuze.

Klantnummer	Tand Ongevallen	Tand Goed	Tand Beter	Tand Best
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 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 betalingswijze (rubriek 2a) zoals opgenomen op dit formulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op www.unive.nl. Op verzoek zenden wij u de voorwaarden toe. 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 N.V. Univé Zorg 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 N.V. Univé Zorg 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.

U geeft N.V. Univé Zorg toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor het versturen van:

- het polisblad Ja Nee
- informatie over uw zorgverzekering Ja Nee
Mededelingen over uw zorgverzekering zoals wijzigingen in de premie en/of verzekeringsvoorwaarden

Datum Plaats

Handtekening verzekeringnemer

Heeft u een vraag? Kijk dan op www.unive.nl/klantenservice. 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 N.V. Univé Zorg
Hieronder vindt u de gegevens van N.V. Univé Zorg. U vindt de incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

Univé Zorg
Postbus 25210
5600 RS Eindhoven
Nederland

Incassant-ID
NL64ZZZ371124070000