

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](http://www.mijnunivezorg.nl).

**Vul altijd vraag 1 en 4 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.

**Burgerservicenummer**  
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 en 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 acceptgiro<br>(per acceptgiro betaalt u € 1,50 administratiekosten) | <input type="checkbox"/> Jaarbetaling via acceptgiro           |

Het bedrag dat wij automatisch incasseren voor eigen risico, eigen bijdragen en vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald, is maximaal € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 krijgt u een acceptgiro.

### 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.

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

|                      |                      |   |
|----------------------|----------------------|---|
| 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"/> |                      |   |

Een pasgeborene dient u binnen 4 maanden na de geboorte aan te melden.

Wilt u, als sprake is van adoptie, de adoptiepapieren meesturen?

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"/> |                      |                      |

## 2b. Beëindiging / omzetting verzekering

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

Alleen tandheelkundige verzekering

Wat is de reden van de gewenste beëindiging?

Opzegging per contractvervaldatum

Premie- of voorwaardenaanpassing

Overige

Omzetten naar collectieve verzekering via werkgever of ledenorganisatie

Naam werkgever/organisatie

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Datum indienstreding werkgever of ingangsdatum lidmaatschap

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer\*

Collectiviteitsnummer\*

\*U kunt uw collectiviteitsnummer, uw personeelsnummer of uw lidmaatschapsnummer opvragen bij uw werkgever of organisatie.

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

## 2c. Wijziging basisverzekering en/of eigen risico

Wijziging basisverzekering

Heeft de wijziging betrekking op alle, op de polis vermelde, verzekerden?  Ja  Nee

Zo nee, geef hieronder aan om welke verzekerden het gaat.

| Klantnummer            | Univé Zorg Vrij polis    | Univé Zorg Geregeld polis | Univé Zorg Select polis  |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Wijziging eigen risico

Hebben alle wijzigingen betrekking op alle, op de polis vermelde, verzekerden?  Ja  Nee

Zo nee, vult u dan de klantnummers in van de verzekerden waarop de wijziging van het eigen risico en/of de wijziging van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering betrekking heeft.

| Klantnummer            | verplicht eigen risico   | € 100                    | € 200                    | € 300                    | € 400                    | € 500                    |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 <input 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  Ja  Nee  
 Zo nee, ga door naar 4. Akkoord en ondertekening.  
 Zo ja, vermeld uw keuze onder A, B of C.

Hebt u een Univé Zorg Vrij polis of een Univé Zorg Geregeld polis en u wilt een aanvullende verzekering. Vermeld dan uw keuze onder A of B. Vraagt u een Univé Zorg Select polis aan en u wilt een aanvullende verzekering. Vermeld dan uw keuze onder C.

### A. Aanvullende verzekering voor de Univé Zorg Vrij polis en de Univé Zorg Geregeld polis

Wilt u een aanvullende verzekering? Zo ja, vermeld hier uw keuze.

| Klantnummer | Univé Extra Zorg polis Goed | Univé Extra Zorg polis Beter | Univé Extra Zorg polis 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"/>    |

Een wijziging of eerste aanvraag van een aanvullende (tandarts) verzekering gaat 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 één van de ouders/verzorgers.

Voor verzekerden tot 18 jaar is geen premie verschuldigd, als de verzekeringnemer voor tenminste één verzekerde premie is verschuldigd voor de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering.

### Wilt u een aanvullende tandartsverzekering? Zo ja, vermeld hier uw keuze.

| Klantnummer | Univé Tand Goed Pakket   | Univé Tand Beter Pakket  | Univé Tand Best Pakket   |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Voor de tandartsverzekeringen Tand Beter Pakket en Tand Best Pakket moet u voor personen vanaf 8 jaar voor wie u deze verzekering aanvraagt de tandheelkundige verklaring onder 3. invullen.

Kinderen onder de 18 jaar krijgen een Univé Gezin Pakket, als één van de ouders/verzorgers voor dit pakket kiest. Kinderen onder de 18 jaar krijgen Univé Extra Zorg polis Beter als beide ouders/verzorgers kiezen voor het Univé Jong Pakket, Univé Fit & Vrij Pakket of een Univé Vitaal Pakket.

### B. Aanvullende verzekering voor de Univé Zorg Vrij polis en de Univé Zorg Geregeld polis

Kiest u voor een aanvullende verzekering inclusief een tandartsverzekering? Maak dan hieronder uw keuze.

| Klantnummer | Univé Jong Pakket        | Univé Fit & Vrij Pakket  | Univé Gezin Pakket       | Univé Vitaal Pakket      |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen maximaal vier aanvullende verzekeringen sluiten.

U kunt kiezen voor:

- de Univé Fysio 9 óf de Univé Fysio 18;
- de Univé Tand 250 óf de Univé Tand 500;
- de Univé Europa óf de Univé Wereld;
- de Univé Alternatief 250 of de Univé Alternatief 500.

Kinderen onder de 18 jaar met een Univé Zorg Select polis krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer.

### C. Aanvullende verzekering voor de Univé Zorg Select polis

Kiest u of hebt u een Univé Zorg Select polis? Dan kiest u hier uw aanvullende verzekering.

| Klantnummer | Univé Fysio 9            | Univé Fysio 18           | Univé Tand 250           | Univé Tand 500           | Univé Europa             | Univé Wereld             | Univé Alternatief 250    | Univé Alternatief 500    |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Tandheelkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in voor personen die een Univé Tand Beter of een Univé Tand Best aanvragen.

1. Zijn de personen van 18 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt de afgelopen twee jaar voor een jaarlijkse controle bij de tandarts geweest?

Ja  Nee

Zo nee, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1  2  3  4  5  6

2. Verwachten de personen van 18 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt binnen nu en twee jaar één of meer van de volgende behandelingen? Of zijn personen voor wie u deze verzekering aanvraagt, gestart met één of meer behandelingen voor:

- vervanging van 6 of meer vullingen
- twee of meer kronen
- één of meer brug(gen)
- één of meer implanta(a)t(en)
- een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame)
- een uitgebreide tandvlesbehandeling (parodontale behandeling)

Ja  Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1  2  3  4  5  6

3. Verwachten de personen van 8 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt binnen nu en twee jaar een orthodontiebehandeling? Of zijn de personen van 8 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt, gestart met een orthodontiebehandeling?

Ja  Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):

1  2  3  4  5  6

Wij mogen de door u opgegeven informatie controleren bij uw tandarts.

### 4. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaar ik de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Ik verklaar dat ik akkoord ga met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst. Ik verklaar ook dat ik akkoord ga met de betalingswijze (rubriek 2a) zoals opgenomen op dit formulier.

De voorwaarden kunt u raadplegen op [www.unive.nl](http://www.unive.nl). Op verzoek zenden wij u de voorwaarden toe. Ook kunt u de voorwaarden inzien op één van onze vestigingen. 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 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 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;
- voor gegevensuitwisseling met Coöperatie Univé U.A. ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Coöperatie Univé U.A. of daaraan gelieerde ondernemingen.

Als u deze overeenkomst aangaat of wijzigt, dan geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons)gegevens ten behoeve van de doelen zoals hiervoor vermeld. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op [www.unive.nl](http://www.unive.nl). Het kan zijn dat wij ten behoeve van de veiligheid en integriteit van de financiële sector uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS (zie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl)) is hierop van toepassing.

Ik geef toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor het versturen van:

- mededelingen over mijn zorgverzekering, zoals wijzigingen in de premie- en/of verzekeringsvoorwaarden en andere relevante mededelingen over mijn zorgverzekering door N.V. Univé Zorg.

Ja  Nee

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer

Hebt u een vraag? Kijk dan op [www.unive.nl/contact](http://www.unive.nl/contact) hoe u contact met ons kunt opnemen. 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 25212  
5600 RS Eindhoven  
Nederland

Incassant-ID  
NL64ZZZ371124070000