

Bericht van wijziging zorgverzekering

Met dit formulier kunt u wijzigingen in uw zorgverzekering of persoonlijke gegevens aan ons doorgeven. Wilt u uw zorgverzekering omzetten naar een collectieve verzekering via werkgever of ledenorganisatie. Vul hiervoor het formulier Aanvraag Univé Collectieve (aanvullende) zorgverzekering in.

Wist u dat u wijzigingen ook eenvoudig online door kunt geven? Ga hiervoor naar 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.

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas 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"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	Klantnummer	Burgerservicenummer	
<input type="text"/>	<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"/>	<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?

Maandbetaling via automatische incasso Jaarbetaling via automatische incasso

Maandbetaling via papieren factuur Jaarbetaling via papieren factuur
(per papieren factuur betaalt u € 1,50 administratiekosten)

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.

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"/>		

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"/>		

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?

2b. Beëindiging

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

Wat is de reden van de gewenste beëindiging?

- Opzegging per contractvervaldatum
- Premie- of voorwaardenaanpassing
- Overige _____

2c. Wijziging basisverzekering en/of eigen risico

Wijziging basisverzekering

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

Ja Nee

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

	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"/>

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 de wijziging van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering geldt.

Ja Nee

	Klantnummer	geen vrijwillig 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.

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 A en C.

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 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 een modulair pakket en/of het Tandpakket.

Voor tandpakket Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar voor wie u deze verzekering aanvraagt de tandheeskundige verklaring onder 3. invullen.

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.

A. Modulaire pakketten voor de Univé Zorg Vrij polis, Univé Zorg Geregeld polis en Univé Zorg Select polis

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

Klantnummer	Aanvullend Goed	Aanvullend Beter	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? Zo ja, 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"/>

B. Totiaalpakketten zorg 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	Jong Pakket	Gezin Pakket	Vitaal 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"/>

Kinderen onder de 18 jaar krijgen een Gezin Pakket, als één van de ouders/verzorgers voor dit pakket kiest. Kinderen onder de 18 jaar krijgen Aanvullend Beter als beide ouders/verzorgers kiezen voor het Jong Pakket of een Vitaal Pakket.

C. Losse modules voor de Univé Zorg Select polis

Kiest u of hebt u een Univé Zorg Select polis? Dan kiest u hier uw losse module(s).

Klantnummer	Fysio 9	Fysio 18	Tand 250	Tand 500	Europa	Wereld	Alternatief 250	Alternatief 500	Tand Ongevallen
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen maximaal vier losse modules afsluiten.

U kunt kiezen voor:

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

U kunt naast losse modules kiezen voor een Tand Ongevallen.

3. Tandheelkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in voor personen die een Tand Best aanvragen. Voor de andere tandpakketten hoeft u deze verklaring niet in te vullen.

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

De voorwaarden kunt u lezen www.unive.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 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 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 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

Hebt u een vraag? Kijk dan op www.unive.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 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