

## Bericht van wijziging Collectieve (aanvullende) zorgverzekering

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.

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

Geboorte of adoptie  
Geef aan waar sprake van is:  Geboorte     Adoptie

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"/>		

Overlijden

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

Wat is de reden van de gewenste beëindiging?

- Opzegging per contractvervaldatum
- Premie- of voorwaardenaanpassing
- Overige

--

Omzetten naar andere collectieve verzekering via werkgever of ledenorganisatie

Naam werkgever/organisatie

--

Postcode en plaats werkgever/organisatie

--

Datum indiensttreding werkgever of ingangsdatum lidmaatschap

--	--	--

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer\*

--

Collectiviteitsnummer\*

--

Uw personeelsnummer, lidmaatschapsnummer of collectiviteitsnummer kunt u 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

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 of in Mijn Univé Zorg.

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

Wijziging eigen risico

Gelden alle wijzigingen voor alle, op de polis vermelde, verzekerden?  Ja  Nee  
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.

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.

	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.

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 tandpakket Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar voor wie u deze verzekering aanvraagt de tandheelkundige verklaring invullen.

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

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 Collectief Aanvullend Beter als beide ouders/verzorgers kiezen voor het Jong Pakket of Vitaal Pakket.

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"/>

Kiest u voor een totaalpakket zorg 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"/>

## 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.

A. 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

B. 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 de 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 tandvleesbehandeling (parodontale behandeling)

Ja  Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde(n):  1  2  3  4  5  6

C. 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 orthodontie-behandeling?

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](http://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 u om 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.

Hebt u een vraag? Kijk dan op [www.unive.nl/contact](http://www.unive.nl/contact).

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

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

U geeft N.V. Univé Zorg 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*

Ja  Nee  
 Ja  Nee

#### 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

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer

---