

Aanmelding (aanvullende) zorgverzekering voor personen woonachtig in een EU/EER-land of verdragsland

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

1. Persoonlijke gegevens

Uw burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs. Wij zijn wettelijk verplicht uw BSN in de administratie op te nemen.

Achternaam	Voorletter(s)		Tussenvoegsel(s)
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	
Volledige voornamen			
Straat	Huisnummer	Toevoeging huisnummer	
Postcode	Woonplaats		
Telefoonnummer overdag	Land		
Nationaliteit	* Heeft u een andere nationaliteit dan de Nederlandse? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of uw Europese identiteitskaart.		
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?

Univé Zorg Select polis Univé Zorg Geregeld polis Univé Zorg Vrij polis

U vindt uw klantnummer op uw zorgpas of in Mijn Univé Zorg.

Bent u bij Univé ingeschreven (geweest)?

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 kunnen verzekerden van 18 jaar en ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

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.

Wilt u een aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo nee, ga door naar vraag 6.

Zo ja, vermeld uw keuze onder 4A, 4B of 4C. Vraagt u een Univé Zorg Select polis aan en wilt u een aanvullende verzekering? Vermeld dan uw keuze onder 4A of 4B. Vraagt u een Univé Zorg Geregeld polis of Univé Zorg Vrij polis aan en wilt u een aanvullende verzekering? Vermeld dan uw keuze onder 4B of 4C.

Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen maximaal 4 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.

4A. Losse modules voor de Univé Zorg Select polis

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

Fysio 9	Fysio 18	Tand 250	Tand 500	Europa	Wereld	Alternatief 250	Alternatief 500	Tand Ongevallen
<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"/>

4B. Modulaire pakketten voor de Univé Zorg Select polis, Univé Zorg Geregeld polis of Univé Zorg Vrij polis

Aanvullend Goed

Aanvullend Beter

Aanvullend Best

Voor de tandartsverzekering Tand Best moet u de tandheerkundige verklaring onder 5. invullen.

Wilt u een tandpakket? Zo ja, geef hier uw keuze aan.

Tand Ongevallen

Tand Goed

Tand Beter

Tand Best

4C. Totaalpakketten zorg voor de Univé Zorg Geregeld polis en de Univé Zorg Vrij polis

Wilt u een aanvullende verzekering inclusief een tandartsverzekering? Maak hieronder uw keuze.

Jong Pakket

Gezin Pakket

Vitaal Pakket

5. Tandheerkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in als u een Tand Best aanvraagt. Voor de andere tandpakketten hoeft u deze verklaring niet in te vullen.

Vraag 1 en 2 vult u in als u 18 jaar of ouder bent.

Vraag 3 vult u altijd in.

1. Bent u de afgelopen 2 jaar voor een jaarlijkse controle bij de tandarts geweest? Ja Nee

2. Verwachten de personen van 18 jaar en ouder voor wie u deze verzekering aanvraagt binnen nu en 1 jaar 1 of meer van de volgende behandelingen? Of zijn de personen voor wie u deze verzekering aanvraagt, gestart met 1 of meer behandelingen voor:

- 2 of meer kronen
- 1 of meer brug(gen)
- 1 of meer implanta(a)t(en)
- een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame)
- een uitgebreide tandvleesbehandeling (parodontale behandeling)

 Ja Nee

3. Verwacht u binnen nu en 1 jaar een orthodontiebehandeling?

Of bent u gestart met een orthodontiebehandeling?

 Ja Nee

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

6. Registratie en betaling

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.

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

Vanaf

b. Betaling

Wat is uw rekeningnummer?

IBAN

Hoe wilt u de premie en andere verschuldigde bedragen betalen?

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, jaarbetaling

Papieren factuur, maandbetaling (u betaalt € 1,50 per papieren factuur)

Papieren factuur, jaarbetaling

Kiest u voor automatische incasso?
Wij schrijven maximaal € 220 per maand automatisch af voor eigen risico, eigen bijdragen of vergoedingen die wij onrecht 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.

Toestemming voor automatische incasso

Kiest u voor automatische incasso? Uw toestemming geldt voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onrecht 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.

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

Ja Nee

Bankrekeningnummer:

IBAN nummer:

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

Naam verzekeringsinstelling:

Straat

Huisnummer

Toevoeging huisnummer

Postcode

Woonplaats

8. 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

9. 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

10. 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

11. Opzegservice

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

Heeft 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 heeft 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

12. 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 de Zorgverzekeringskaart. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum (rubriek 6), opzegservice (rubriek 11) en betalingswijze (rubriek 6) 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 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, zorgverleners 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. Bij het uitvoeren van uw verzekering(en) verwerken wij uw persoonsgegevens in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving, waaronder de Algemene verordening gegevensbescherming. In ons privacystatement op onze website kunt u meer lezen over de omgang met uw persoonsgegevens en uw rechten. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, kunt u die richten aan privacy@vgz.nl.

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

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, onderdeel van Coöperatie VGZ U.A.

U vindt deze incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

Univé Zorg
Postbus 25210
5600 RS Eindhoven
Incassant-ID
NL64ZZZ371124070000