

Aanvraag Univé Collectieve (aanvullende) zorgverzekering

Met dit formulier kunt u een collectieve (aanvullende) zorgverzekering aanvragen of een persoon aanmelden voor een bestaande verzekering. Kruis aan wat voor u van toepassing is. Graag invullen in blokletters.

Nieuwe verzekering Aanmelden nieuwe verzekerde voor een bestaande verzekering

A. Persoonlijke gegevens

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

Bent u al bij ons verzekerd en wilt u alleen een nieuwe verzekerde aanmelden? Vul dan hier uw klantnummer, naam en geboortedatum in en ga door naar vraag B.

Klantnummer

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
1				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Straat		Huisnummer	Toevoeging huisnummer	
Postcode	Woonplaats			
Telefoonnummer	Mobiel telefoonnummer			
E-mailadres				

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

Vraagt u voor uzelf een verzekering aan? Ja Nee

B. Persoonlijke gegevens te verzekeren personen

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

Vraagt u voor uw gezinsleden of andere personen een verzekering aan? Ja Nee
Zo nee, ga door naar vraag C.

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
2				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
3				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
4				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
5				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam		
6				
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	

* Heeft u de nationaliteit van een EU- of EER-land? Of van Zwitserland? Stuur ons dan een kopie van uw paspoort of Europese identiteitskaart. Heeft u een andere nationaliteit? Stuur ons dan een kopie van uw verblijfsdocument.

C. Inkomsten uit het buitenland

Inkomsten zijn loon, winst of andere inkomsten uit arbeid, pensioen of sociale verzekering. Heeft u vragen over uw zorgverzekering in verband met inkomsten uit het buitenland? Kijk dan op onze website voor meer informatie.

Ontvangt 1 van de personen voor wie u deze verzekering aanvraagt inkomsten uit het buitenland? Ja Nee

Zo ja, voor wie geldt dit? Verzekerde 1 2 3 4 5 6

D. Collectieve verzekering

Naam werkgever/organisatie

Datum indiensttreding werkgever

Collectiviteitsnummer*

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer*

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

*Uw collectiviteitsnummer, personeelsnummer of lidmaatschapsnummer kunt u opvragen bij uw werkgever of organisatie.

E. Zorgverzekering

Meer informatie over de zorgverzekering en het eigen risico vindt u op onze website.

Welke zorgverzekering wilt u? Geef hier uw keuze aan.

Univé Zorg Vrij polis Univé Zorg Geregeld polis

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.

Eigen risico

In de zorgverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. 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.

Wilt u een vrijwillig eigen risico? Ja Nee

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan. Voor personen tot 18 jaar hoeft u geen keuze te maken.

	€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Aanvullende verzekering

Wilt u een aanvullende verzekering? Ja Nee

Zo nee, ga door naar vraag H.

Zo ja, vermeld uw keuze onder F1 of F2.

Vraagt u een Univé zorgverzekering aan en wilt u een **aanvullende verzekering**? Vermeld dan uw keuze onder F1 en F2. Meer informatie over de aanvullende verzekeringen vindt u op onze website.

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 verzekerden tot 18 jaar is geen premie verschuldigd, als de verzekeringnemer voor tenminste 1 verzekerde premie is verschuldigd voor de aanvullende verzekering.

F1. Modulaire pakketten

	Collectief Aanvullend Goed	Collectief Aanvullend Beter	Collectief Aanvullend Best
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voor tandpakket Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar de tandheelkundige verklaring onder G invullen.

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

	Tand Ongevallen	Tand Goed	Tand Beter	Tand Best
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kinderen onder de 18 jaar krijgen een Gezin Pakket, als 1 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 een Vitaal Pakket.

F2. Totaalpakketten zorg

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

	Jong Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Tandheelkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in voor personen die een tandpakket 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 2 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 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

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 1 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.

H. Ingangsdatum en opzegservice

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.

De verzekering moet ingaan per

Hebben de personen voor wie u een verzekering aanvraagt 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 voor de personen voor wie u de verzekering aanvraagt 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. De personen voor wie u een verzekering aanvraagt hebben op dit moment geen zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Vermeld hier welke situatie van toepassing is.

- Pasgeboren Geadopteerd Als militair verzekerd
 Afkomstig uit buitenland Gemoedsbezwaard geweest Niet verzekerd

I. Betaling

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

Meldt u een nieuwe verzekerde aan voor een bestaande verzekering? Dan hoeft u deze vraag niet in te vullen. De wijze van premiebetaling verandert niet.

Wat is uw rekeningnummer?

IBAN

Zonder rekeningnummer kunnen wij uw nota's niet uitbetalen.

Hoe wilt u de premie en andere verschuldigde bedragen betalen?
 Betaling per automatische incasso is gratis. Geef hieronder uw keuze aan.

- Maandbetaling via automatische incasso Jaarbetaling via automatische incasso
 Maandbetaling via papieren factuur (u betaalt € 1,50 per papieren factuur) Jaarbetaling via papieren factuur

Toestemming voor automatisch incasso

Kiest u voor automatische incasso? Dan geldt uw toestemming 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.

J. 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 verklaart dat u akkoord gaat met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst en de Zorgverzekeringskaart. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum, opzegservice (rubriek H) en betalingswijze (rubriek I) zoals opgenomen op dit aanvraagformulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen 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.

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.

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

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