

## Aanvraag

# Collectieve (aanvullende) zorgverzekering Thuiszorg

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, in de Univé App 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  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

Straat Huisnummer Toevoeging huisnummer

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel telefoonnummer

E-mailadres

Vraagt u voor uzelf een verzekering aan?  Ja  Nee

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.

### B. Persoonlijke gegevens te verzekeren personen

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  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
 3

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
 4

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
 5

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
 6

Geboortedatum Geslacht Burgerservicenummer Nationaliteit  
    Man  Vrouw   NL  Anders\*

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.

### 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 ledenorganisatie

\*Uw collectiviteitsnummer kunt u opvragen bij uw ledenorganisatie.

Collectiviteitsnummer\*

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

### 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 G.

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.

Zo ja, vermeld hieronder uw keuze.

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.

#### Modulaire pakketten

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

	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 Tand Best geldt een wachttijd van 12 maanden voor orthodontie, gedeeltelijke gebitsprothesen, implantaten, kronen en bruggen.

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"/>

## G. 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

## H. 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 (papier) 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?**

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.

## I. 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 met de Zorgverzekeringskaart over dit verzekeringsproduct. Ook gaat u akkoord met de ingangsdatum, opzegservice (rubriek G) en betalingswijze (rubriek H) zoals opgenomen op dit aanvraagformulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op [www.unive.nl](http://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 het uitvoeren van uw verzekering(en) verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u deze overeenkomst aangaat of wijzigt, dan geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons)gegevens voor de doelen zoals vermeld in de privacyverklaring. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming, e-mailadres [privacy@vgz.nl](mailto:privacy@vgz.nl). Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

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  
*Mededelingen over uw zorgverzekering zoals wijzigingen in de premie en/of verzekeringsvoorwaarden*  Ja  Nee

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer

Heeft u een vraag? Kijk dan op [www.unive.nl/klantenservice](http://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**