

## Aanvraag zorgverzekering Zorgzaam

### Aanvullend Goed, Aanvullend Beter en Aanvullend Best en tandheelkundige verzekeringen

Met dit formulier kunt u een (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

U vindt uw klantnummer in Mijn Zorgzaam.

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer	Nationaliteit	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders*	
Straat	Huisnummer	Toevoeging huisnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postcode	Woonplaats			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Telefoonnummer	Mobiel telefoonnummer			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
E-mailadres	<input type="text"/>			

Vraagt u voor uzelf een verzekering aan?  Ja  Nee

#### B. Persoonlijke gegevens te verzekeren personen

Vul hier de persoonsgegevens van de te verzekeren personen in.

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

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

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

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

Adoptie: is uw kind geadopteerd? Wilt u dan een kopie van de adoptiepapieren meesturen?

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

Heeft 1 van de te verzekeren personen een ander woonadres dan moet u hiervoor een apart aanvraagformulier invullen

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

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

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

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

### 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. Basisverzekering

Modelovereenkomst Zorgzaam

#### 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 daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

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

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	€ 300	€ 500
Verzekerde 1	<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"/>

### E. 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 G.

Zo ja, geef hieronder uw keuze aan.

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.

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

	Aanvullend Goed	Aanvullend Beter	Aanvullend Best
Verzekerde 1	<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 personen onder de 18 jaar hoeft u geen keuze te maken. Zij krijgen automatisch de hoogste aanvullende verzekering van 1 van de ouders/verzorgers.

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

	Tand Goed Pakket	Tand Beter Pakket	Tand Best Pakket
Verzekerde 1	<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 de tandartsverzekering Tand Best Pakket moet u voor personen vanaf 8 jaar de tandheelkundige verklaring invullen.

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

### F. Tandheelkundige verklaring

Vraag 1, 2 en 3 vult u in voor personen die een Tand Best aanvragen. Voor Tand Goed en Tand Beter 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. 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.

## 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). Als de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd moet(en) worden, vermeldt u dat hier.

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

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? Uw toestemming geldt voor de betaling van de premie, het eigen risico, eigen bijdragen en eventueel 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 gaat akkoord 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 formulier.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op [www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.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 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 ons richten middels het contactformulier op onze website.

Heeft u een vraag? Kijk dan op [www.zorgzaam.nl](http://www.zorgzaam.nl). 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 Zorgzaam/  
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.

**Zorgzaam/Univé Zorg  
Postbus 25210  
5600 RS Eindhoven**

**Incassant-ID  
NL64ZZZ371124070000**

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](mailto: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](http://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

---