



## GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Met dit formulier kunt u wijzigingen in uw zorgverzekering of persoonlijke gegevens aan ons doorgeven. Wist u dat u wijzigingen ook eenvoudig online kunt doorgeven? Ga hiervoor naar [www.mijnvgz.nl](http://www.mijnvgz.nl).

### Vul altijd vraag 1 en 4 in. Verder vult u alleen de gegevens in die wijzigen.

#### 1. Persoonlijke gegevens (verzekeringnemer)

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering heeft aangevraagd.

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas of in Mijn VGZ.

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

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

#### 2. Wijzigingen

Betaalgegevens

Wat is uw nieuwe rekeningnummer?

IBAN

Hoe wilt u de premie, uw eigen risico en vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald voldoen?

Maandbetaling via automatische incasso

Jaarbetaling via automatische incasso

Maandbetaling via papieren factuur

(per papieren factuur betaalt u € 1,50 administratiekosten)

Jaarbetaling via papieren factuur

#### Toestemming voor 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 of adoptie

Geef aan waarvan sprake is:

Geboorte

Adoptie

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingangsdatum adoptie	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Achternaam	
<input type="text"/>	
Burgerservicenummer	Geslacht
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Overlijden

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

Achternaam
<input type="text"/>
Burgerservicenummer
<input type="text"/>

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.

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

Adoptie: is uw kind geadopteerd? Wilt u dan een kopie van de adoptie-papieren meesturen?

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 collectieve verzekering via werkgever of ledenorganisatie

Naam werkgever/organisatie

Stichting Personeelsverzekeringen Defensie

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Datum indiensttreding bij werkgever of ingangsdatum lidmaatschap

n.v.t.

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer\*

n.v.t.

Collectiviteitsnummer\*

87 71 1759

\*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.**

Wijziging basisverzekering

Geldt de wijziging voor alle, op de polis vermelde, verzekerden?  
Zo nee, geef hieronder aan voor welke verzekerden de wijziging geldt.

Ja  Nee

Klantnummer	VGZ Ruime Keuze	VGZ Eigen Keuze
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wijziging eigen risico of aanvullende verzekering

Gelden alle wijzigingen voor alle, op de polis vermelde, verzekerden?  
Zo nee, vult u dan de klantnummers in van de verzekerden voor wie de wijziging van het eigen risico en/of de wijziging van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering geldt.

Ja  Nee

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering.

Iedereen van 18 jaar en ouder kan daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar.

Klantnummer	Geen vrijwillig eigen risico	Vrijwillig eigen risico				
		€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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). Geef 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 **Alles-in-1-Pakket Basis** of **Alles-in-1-Pakket Uitgebreid** van VGZ? Maak dan hieronder uw keuze.

Kinderen onder de 18 jaar krijgen VGZ Gezin Basis of VGZ Gezin Uitgebreid als één van de of beide ouders kiest/kiezen voor dit pakket. Voor de overige Alles-in-1-Pakketten geldt het onderstaande. Als beide ouders kiezen voor een Alles-in-1-Pakket Basis, dan krijgen kinderen jonger dan 18 jaar VGZ Aanvullend Goed. Kies beide ouders voor een Alles-in-1-Pakket Uitgebreid dan krijgen kinderen jonger dan 18 jaar VGZ Aanvullend Beter.

Klantnummer	VGZ Jong Basis	VGZ Single/Duo Basis	VGZ Gezin Basis	VGZ Vitaal Basis
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"/>

Klantnummer	VGZ Jong Uitgebreid	VGZ Single/Duo Uitgebreid	VGZ Gezin Uitgebreid	VGZ Vitaal Uitgebreid
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 **aanvullende verzekering eventueel in combinatie met een tandartsverzekering**? Maak dan hieronder uw keuze. Als u uw keuze voor een aanvullende verzekering hebt gemaakt bij de voorgaande rubriek, dan maakt u hieronder géén keuze.

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 de tandartsverzekering VGZ Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar de tandheelkundige verklaring invullen.

Klantnummer	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best	VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Tandheelkundige verklaring

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

2. 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(aj)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 twee 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.

#### 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. Ook gaat u akkoord met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst.

De voorwaarden kunt u lezen op [www.vgz.nl](http://www.vgz.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 VGZ Zorgverzekeraar N.V. 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 VGZ Zorgverzekeraar N.V. 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 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;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

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. 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).

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

U geeft VGZ 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*
- nieuwsbrieven en aanbiedingen  Ja  Nee  
*zorginformatie zoals nieuwsbrieven en aanbiedingen*

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer

#### Gegevens VGZ

Hieronder vindt u de gegevens van Coöperatie VGZ. U vindt de incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

#### VGZ

Postbus 25210  
5600 RS Eindhoven  
Nederland

Incassant-ID  
NL12ZZZ091567230000