



Bericht van wijziging Collectieve zorgverzekering

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.

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
(u betaalt € 1,50 per papieren factuur)

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. 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.

E-mailadres

Wat is uw nieuwe e-mailadres?

Telefoonnummer

Wat is uw nieuwe (mobiele) telefoonnummer?

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

Geboorte of adoptie

Geef aan waarvan sprake is:

Geboorte

Adoptie

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s)

Geboortedatum

Ingangsdatum adoptie

Achternaam

Burgerservicenummer

Geslacht

Man Vrouw

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

Overlijden

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s)

Geboortedatum

Datum overlijden

Achternaam

Burgerservicenummer

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 andere collectieve verzekering via werkgever of ledenorganisatie

Naam werkgever/organisatie

Postcode en plaats werkgever/organisatie

Datum indiensttreding bij werkgever of ingangsdatum lidmaatschap

Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer*

Collectiviteitsnummer*

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

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

Wilt u uw huidige basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari).

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 style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<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.

Wilt u uw vrijwillig eigen risico wijzigen? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari).

	Klantnummer	Geen vrijwillig eigen risico	Vrijwillig eigen risico				
			€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500
1	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<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.

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.

Kiest u voor een **aanvullende verzekering eventueel in combinatie met een tandartsverzekering**? Maak dan hieronder uw keuze.

Klantnummer	VGZ Werkt Goed	VGZ Werkt Beter	VGZ Werkt Best	VGZ Werkt Tand Goed	VGZ Werkt Tand Beter	VGZ Werkt Tand Best
1 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="text"/>	<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 Werkt Tand Best aanvragen. Voor Werkt Tand Goed en Werkt 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 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.

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 en de Zorgverzekeringskaart.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart kunt u lezen op 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, 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;
- 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. 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.

Heeft u een vraag? Kijk dan op 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.

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

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 VGZ 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
- nieuwsbrieven en aanbiedingen
zorginformatie zoals nieuwsbrieven en aanbiedingen Ja Nee

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer
