



# Bericht van wijziging 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](http://www.mijnvgz.nl).

**Vul altijd vraag 1 en 3 in. Verder vult u alleen de gegevens in die wijzigen.**

### 1. Persoonlijke gegevens (verzekeringnemer)

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering heeft aangevraagd.

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Het klantnummer vindt u in Mijn VGZ.

Geboortedatum Klantnummer Burgerservicenummer

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

### 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

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

#### 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

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

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Burgerservicenummer Geslacht  
 Man  Vrouw

Ingangsdatum adoptie

Overlijden

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam

Geboortedatum Burgerservicenummer

Datum overlijden

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
- Overig

Omzetten naar 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	Eigen Keuze
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input 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 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"/>

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 VGZ Tand Best geldt een wachttijd van 1 kalenderjaar voor orthodontie, gedeeltelijke gebitsprothesen en implantaten, kronen en bruggen.

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

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. 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 met de Zorgverzekeringskaart over dit verzekeringsproduct.

De voorwaarden en de Zorgverzekeringskaart 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.

Heeft 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.

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 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  Ja  Nee
- nieuwsbrieven en aanbiedingen  Ja  Nee

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