



Aevitae

Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Wijzigingsformulier Zorgverzekering

Gegevens verzekeringnemer:

Achternaam verzekeringnemer:	Voorletters:
Woonadres:	Postcode en woonplaats:
Telefoonnr. (thuis/werk):	Bank- of gironummer:
Correspondentieadres (indien afwijkend van woonadres):	
E-mail:	

Ingangsdatum wijziging:

Overeenkomstnummer:

1 Adreswijziging (indien u uw poststukken op een ander adres wenst te ontvangen dit adres bij correspondentieadres vermelden):

Correspondentieadres:	Woonadres:
Postcode en woonplaats:	Postcode en woonplaats:
Telefoonnummer:	Telefoonnummer:
Land:	Land:

Geldt deze adreswijziging voor alle gezinsleden?

Ja

Nee, en met de volgende reden:

2 Wijziging bank- of gironummer:

Ten behoeve van uitbetaling nota's:

Ten behoeve van premie-incasso:

3 Beëindiging verzekering in verband met:

Overlijden

Verhuizing naar het buitenland, hiervoor dient u een kopie van de uitschrijving van het gemeenteregister te overleggen.

Overgang naar andere zorgverzekeraar, naam nieuwe zorgverzekeraar

met de volgende reden:

U dient een kopie van de nieuwe zorgpolis mee te sturen.

Anders, namelijk

Geldt deze beëindiging voor alle gezinsleden?

Ja Nee,

Geldt deze beëindiging ook voor de aanvullende verzekeringen?

- Ja Nee

4 Wijziging vrijwillig eigen risico*

- € 0,00 € 100,00 € 200,00 € 300,00 € 400,00 € 500,00

Geldt deze wijziging van het eigen risico voor alle gezinsleden?

- Ja
 Nee,

* Wijziging is uitsluitend mogelijk per 1 januari van elk kalenderjaar.

5 Wijziging aanvullende verzekering

Wenst u een aanvullende verzekering? Zo ja, maak dan hieronder uw keuze uit één van de volgende pakketten:

- Beperkte Aanvullende Verzekering Eventueel in combinatie met Tand Goed Pakket of Tand Beter Pakket* of Tand Best Pakket*
 Uitgebreide Aanvullende Verzekering Eventueel in combinatie met Tand Goed Pakket of Tand Beter Pakket* of Tand Best Pakket*
 Plus Aanvullende Verzekering Eventueel in combinatie met Tand Goed Pakket of Tand Beter Pakket* of Tand Best Pakket*

 VGZ Jong Pakket**
 VGZ Gezin Pakket***
 VGZ Vitaal Pakket**

* Voor het Tand Beter Pakket en het Tand Best Pakket dient een tandartsaanvraagformulier te worden ingevuld. Dit formulier kunt u downloaden via www.aevitae.com.

** Indien de verzekeringnemer kiest voor een van deze pakketten dan krijgt het kind onder 18 jaar automatisch (gratis) de Uitgebreide Aanvullende Verzekering en Tand Beter Pakket.

*** Indien de verzekeringnemer kiest voor dit pakket dan krijgt het kind onder 18 jaar automatisch het VGZ Gezin Pakket.

6 Huisarts*

Naam huisarts:

Straat:

Postcode / huisnummer:

Plaats praktijk:

* Indien deze wijziging niet op alle gezinsleden betrekking heeft, kunt u dit separaat aan ons doorgeven.

7 Overige wijzigingen

Ondertekening verzekeringnemer

Ondergetekende verklaart de vragen op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben beantwoord.

Datum:

Handtekening verzekeringnemer: