

Wijzigingsformulier 2019



In het hart van de gezondheidszorg.

Met dit formulier kunt u uitsluitend een wijziging (pakketverlaging of pakketverhoging) in de dekking van uw verzekering, of in de verzekering van (een van) uw gezinsleden doorgeven.

Gegevens hoofdverzekerde / verzekeringnemer

Polisnummer Voorletters en achternaam

Straatnaam Huisnummer Toevoeging

Postcode Plaats

Voorkeur tel.nummer (thuis of mobiel) 2e telefoonnummer (thuis of mobiel) E-mail

Wijziging zorgverzekering

Voor onderstaande personen wil ik de huidige zorgverzekering(en) aanpassen.

1	Voorletters en achternaam verzekerde 1 <input type="text"/>	geboortedatum <input type="text"/>
2	Voorletters en achternaam verzekerde 2 <input type="text"/>	geboortedatum <input type="text"/>
3	Voorletters en achternaam verzekerde 3 <input type="text"/>	geboortedatum <input type="text"/>
4	Voorletters en achternaam verzekerde 4 <input type="text"/>	geboortedatum <input type="text"/>
5	Voorletters en achternaam verzekerde 5 <input type="text"/>	geboortedatum <input type="text"/>

Per 1 januari 2019 wil ik de volgende aanvullende dekking:

Wijzigingen ontvangen na 1 feb. 2019 worden per 1 jan. 2020 in behandeling genomen.

Aanvullende verzekeringen	1	2	3	4	5
Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Top	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorg op reis					
Zorg op reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandverzekeringen					
Tandplus A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandplus B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tand Preventief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandplus C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandplus D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvullende verzekeringen

Kies u voor Optimaal, Top of Excellent, dan willen wij graag meer weten over uw gezondheid. Als u voor de Basisverzekering, Start, Student of Plus kiest, dan hoeft dat niet. Zie de bijlage bij dit formulier.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag de dekking van een aanvullende verzekering niet hoger zijn dan die van de hoogste dekking van één van de volwassenen.

Als u een aanvullende verzekering kiest en in het buitenland woont, kunnen wij u alleen Start, Student of Plus aanbieden.

Tandplus (vanaf 18 jaar)

Kiest u voor Excellent of voor een van onze tandartsverzekeringen, dan willen wij meer weten over uw gebit. Als u voor de Tandplus A of Tand Preventief kiest, dan hoeft dat niet. Zie de bijlage bij dit formulier.

Tand Preventief kunt u alleen aanvragen per 1 januari en als u in Nederland of België woont.

Tandplus D mag alleen in combinatie met Top.

	1	2	3	4	5
Zorgplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bij pakketverlaging hoeft u de bijlage met gezondheidsvragen niet in te vullen.

De handtekening

Met het zetten van jouw handtekening verklaar je, als hoofdverzekerde, het formulier en de bijlage volledig en juist te hebben ingevuld en kennis te hebben genomen van de polisvoorwaarden. Je verklaart dat ook voor de andere te verzekeren personen. Als achteraf blijkt dat het formulier of de bijlage onjuist of onvolledig is ingevuld, kan dat gevolgen hebben voor de verzekering(en) of voor de afhandeling van declaraties.

Datum van ondertekening

Handtekening hoofdverzekerde

Bescherming persoonsgegevens

VvAA verwerkt uw gegevens in 3 gevallen:

1. u wilt zich bij VvAA verzekeren: we beoordelen uw aanvraag en sluiten de verzekeringen af, of wijzen deze af en bieden u een andere verzekering aan
2. u bent bij VvAA verzekerd: we voeren uw verzekeringen uit door bijvoorbeeld uw declaraties te verwerken, de premie te innen en controles te doen
3. VvAA wil u informeren, over andere producten en diensten dan de verzekeringen die u heeft

Soms gebruiken we bij het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van uw verzekeringen gegevens over uw gezondheid.

Meer informatie over het gebruik van uw persoonsgegevens staat in ons [Privacy statement](http://www.vvaa.nl/over-vvaa/privacybeleid) (www.vvaa.nl/over-vvaa/privacybeleid). Daar leggen we bijvoorbeeld ook uit of wij uw persoonsgegevens aan anderen geven, en waarom.

Vergoedingen en contractperiode

Kijk voor de Vergoedingswijzer op www.vvaa.nl. Op de verzekering(en) is Nederlands recht van toepassing. Een verzekering loopt steeds voor een kalenderjaar tot je deze schriftelijk en op tijd opzegt.

Opzegrecht

Bij het aangaan van de verzekering geldt een bedenktijd van 14 dagen. De hoofdverzekerde kan een verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen vanaf de dag dat de polis is ontvangen. Hierdoor bestaat er geen recht op vergoeding.

Zorgplan

Het Zorgplan kan alleen gekozen worden voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Wij kunnen het Zorgplan alleen aanbieden als uw woonland Nederland, Duitsland of België is.

Het Zorgplan is standaard onderdeel van de Excellent en kan gekozen worden naast alle aanvullende verzekeringen.

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat VvAA mededelingen over de (aangevraagde) verzekering(en) en naar aanleiding van de gezondheidsvragen langs elektronische weg doet. VvAA wijst erop dat het hier een onbeveiligde route betreft.

Digitale dienstverlening

De dienstverlening van VvAA is digitaal ingericht. U ontvangt dan onder andere uw polisblad per e-mail.

Het is alleen mogelijk om via iDEAL te betalen of via automatische incasso. *

Ik wil hier geen gebruik van maken

Stuur dit formulier, en als dat nodig is ook de bijlage met gezondheidsvragen, naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168, 3990 DD Houten
Of mail uw aanvraag naar:
polisteam@vvaazorgverzekering.nl

Nadat wij uw ingevulde aanvraag hebben ontvangen, krijgt u zo snel mogelijk bericht van ons.

Bijlage met gezondheidsvragen 2019

Bij de keuze voor sommige verzekeringen hebben wij informatie nodig over uw gezondheid. Hiervoor vult u deze bijlage in. De bijlage hoort bij uw zorgverzekeringsaanvraag. Onze medische dienst beoordeelt uw antwoorden en gaat daar vertrouwelijk mee om. De dienst meldt de bevindingen aan VvAA zorgverzekering. Daarna besluiten wij of u de verzekering kunt afsluiten, of niet. De dienst meldt de bevindingen overigens alleen als u daar toestemming voor geeft. U geeft vanzelf toestemming door uw aanvraag te ondertekenen. Maar wilt u eerst zelf kennismaken van de bevindingen en daarna beslissen of VvAA zorgverzekering wordt geïnformeerd? Kruis dan dit hokje aan.

VvAA zorgverzekering bewaart uw medische gegevens in een dossier. Onze medische dienst beheert dit dossier volgens officiële regels. U kunt bezwaar maken tegen de verwerking van uw medische gegevens door VvAA. Zo'n bezwaar kan leiden tot het niet afsluiten van de verzekering.

Vraag 1 t/m 9 beantwoorden

- als u kiest voor Optimaal of Top

Vraag 10 t/m 14 beantwoorden

- als u kiest voor Tandplus B, C of D

Vraag 1 t/m 14 beantwoorden

- als u kiest voor Excellent

In alle andere situaties hoeft u geen vragen in te vullen.

Medische vragen (vraag 1 t/m 9)

Altijd invullen voorletters en naam hoofdverzekerde

Huisnummer

Postcode

1 Heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, in de afgelopen 3 maanden 3 of meer behandelingen beweegzorg gehad?

Hieronder verstaan wij o.a. een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Cesar en/of oefentherapeut Mensendieck, etc.

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

2 Verwacht u, of een van de personen die u wilt verzekeren, voor de komende 3 maanden 1 of meerdere behandelingen beweegzorg? Of bent u, of een van de personen die u wilt verzekeren, van plan om de komende 3 maanden een behandeling beweegzorg te laten plaatsvinden?

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

3 Heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, de afgelopen 6 maanden meer dan 2 keer een alternatieve zorgverlener bezocht?

bv. orthomanueel arts, homeopaat, acupuncturist, haptotherapeut, ortho-moleculair, chiropractor, osteopaat etc.

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

4 Verwacht u, of een van de personen die u wilt verzekeren, in de komende 3 maanden een behandeling bij een alternatieve zorgverlener? Of gaat u, of een van de personen die u wilt verzekeren, in de komende 3 maanden een alternatieve zorgverlener bezoeken?

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

5 Bent u, of een van de personen die u wilt verzekeren, onder behandeling bij een orthodontist? Of heeft de tandarts of orthodontist u, of een van de personen die u wilt verzekeren, aangeraden hiermee te gaan starten?

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

In welk stadium is de behandeling?

6 Heeft u, of een van de personen (jonger dan 43) die u wilt verzekeren, een fertiliteitsbehandeling ondergaan? Of wordt er gestart met dit traject binnen één jaar?

Nee

 1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

7 **Draagt u, of een van de personen die u wilt verzekeren, een haarstukje, pruik of hoortoestel?**

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

Om welk bovengenoemd hulpmiddel gaat het en wanneer is dit aangeschaft?

8 **Heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, overbehandling in het gezicht/gelaat? Of heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, overbehandling in het gezicht/gelaat gehad?**

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

9 **Heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, een ziekte of aandoening?**

bv. endometriose, artrose, fibromyalgie, depressie, overbehandling

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

Welke aandoening of ziekte betreft het?

Tandheelkundige vragen (vraag 10 t/m 14)

Altijd invullen voorletters en naam hoofdverzekerde

Huisnummer

Postcode

10 **Bent u, of een van de personen die u wilt verzekeren, behandeld door een tandarts voor het aanbrengen van een kroon, inlay, brug, implantaat, (gedeeltelijke) prothese of voor een wortelkanaalbehandeling?**

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

Wat voor behandeling heeft u gehad?

Aan hoeveel tanden of kiezen?

Wanneer vond de behandeling plaats?

11 **Heeft u of een van de personen die u wilt verzekeren ontbrekende tanden of kiezen? (met uitzondering van verstandskiezen)**

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

Hoeveel tanden of hoeveel kiezen ontbreken er en hoe lang ontbreken de tanden of kiezen?

12 **Heeft de tandarts aangegeven, of verwacht u, dat voor u, of voor een van de personen die u wilt verzekeren, voor komend jaar een behandeling plaats gaat vinden voor het aanbrengen en/of vervangen van een kroon, inlay, brug, implantaat, vullingen, (gedeeltelijke) prothese of voor een wortelkanaalbehandeling?**

Nee

1 2 3 4 5

Ja, kruis hiernaast aan welke persoon.

Om wat voor behandeling en om hoeveel elementen gaat het?

13 **Heeft u, of een van de personen die u wilt verzekeren, in de afgelopen 3 jaar een behandeling aan het tandvlees gehad? Of heeft uw tandarts of mondhygiëniste aangegeven dat een dergelijke behandeling nodig is?**

Nee

1 2 3 4 5

Ja. Kruis hiernaast aan welke persoon.

14 **Zijn u, en de personen die u wilt verzekeren vrij van klachten als het gaat om tanden, kiezen en tandvlees?**

Ja

1 2 3 4 5

Nee, kruis aan welke persoon niet.

Kunt u dan aangeven wat de klachten zijn?