

1. Verzekerde

Voor- en achternaam _____ Relatienummer _____
Adres _____ Huisnummer _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

2. Wat voor wijziging wilt u doorgeven?

- adreswijziging (vul hiervoor vraag 3 en 10 in)
 wijziging betaalwijze of rekeningnummer (vul hiervoor vraag 4 en 10 in)
 geboorte kind (vul hiervoor vraag 5 en 10 in)
 wijziging eigen risico (vul hiervoor vraag 6 en 10 in)
 wijziging dekking (vul hiervoor vraag 7 en 10 in)
 opzegging (vul hiervoor vraag 8 en 10 in)
 polis onder eigen relatienummer (gezinslid) (vul hiervoor vraag 9 en 10 in)

3. Adreswijziging

Betreft het een wijziging van woonadres of postadres?

- woonadres
 postadres

Per welke datum gaat de adreswijziging in? _____

Heeft deze wijziging betrekking op alle, op de polis vermelde, verzekerden?

- ja nee

Zo nee, op welke verzekerden heeft deze wijziging betrekking?

Nieuw adres _____ Huisnummer _____
Postcode _____ Woonplaats _____

4. Wijziging betaalwijze of rekeningnummer

Voortaan wil ik mijn premie betalen per

- maand kwartaal halfjaar jaar

De premie, het eigen risico en de eigen bijdrage wil ik betalen door middel van

- nota automatische incasso (verplicht bij maandbetaling)

Mijn nieuwe rekeningnummer (IBAN) is: _____

5. Geboorte kind

Achternaam _____ Voorletter(s) _____

Geboortedatum _____ man vrouw

Burgerservicenummer _____

6. Wijziging eigen risico

Ik wil het vrijwillig eigen risico aanpassen naar

- € 0 € 100 € 200 € 300 € 400 € 500

Heeft deze wijziging betrekking op alle, op de polis vermelde, verzekerden?

- ja nee

Zo nee, op welke verzekerden heeft deze wijziging betrekking?

Dit kan alleen per 1 januari worden gewijzigd of bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Het vrijwillig eigen risico komt bovenop het verplichte eigen risico van € 385 (2016).

Kinderen tot 18 jaar hebben geen eigen risico op hun zorgverzekering.

7. Wijziging dekking

Ik wil mijn basisverzekering wijzigen van natura naar restitutie.

Ik wil mijn basisverzekering wijzigen van restitutie naar natura.

Ik wil mijn aanvullende dekking wijzigen naar het volgende pakket*: _____

Ik wil mijn aanvullende tanddekking wijzigen naar het volgende pakket*: _____

Heeft deze wijziging betrekking op alle gezinsleden?

- ja nee

Zo nee, op welke gezinsleden heeft deze wijziging betrekking?

Dit kan alleen per 1 januari worden gewijzigd, tenzij de dekking van uw aanvullende verzekering eindigt vanwege bereiken eindleeftijd.

* Wanneer u uw pakket wilt verhogen naar een pakket waarop medische selectie van toepassing is, dient u een aanvullend vragenformulier in te vullen. Deze kunt u downloaden via onze website www.nedasco.nl onder U bent consument -> Uw zorgverzekering.

8. Opzegging

Ik wil mijn polis opzeggen per _____

Wat is de reden van de gewenste beëindiging?

Heeft deze wijziging betrekking op alle gezinsleden?

- ja nee

Zo nee, op welke gezinsleden heeft deze wijziging betrekking?

Opzegging anders dan per 1 januari kan alleen bij echtscheiding, overstap naar andere collectieve verzekering of gezinsleden die een zelfstandige polis willen sluiten.

9. Polis voortzetten op eigen relatienummer (voor gezinsleden)

Ik wil mijn polis onder een eigen relatienummer laten lopen per _____

Wilt u hieronder de persoonsgegevens invullen van de verzekerde waarvan de polis op een nieuw relatienummer moet worden voortgezet?

Achternaam	_____	Voorletter(s)	_____
Woonadres	_____	Huisnummer	_____
Postcode	_____	Woonplaats	_____
Burgerservicenummer	_____	Telefoonnummer	_____
Rekeningnummer (IBAN)	_____	E-mailadres	_____

Premiebetaling dient plaats te vinden per

 maand kwartaal halfjaar jaar

De betaalwijze dient te worden

 nota automatische incasso (verplicht bij maandbetaling)Dienen kinderen aan het nieuwe relatienummer te worden toegevoegd? ja neeZo ja, moeten alle kinderen hieraan worden toegevoegd? ja nee

Zo nee, welke kinderen moeten worden toegevoegd?

Naam	_____	Voorletter(s)	_____	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Naam	_____	Voorletter(s)	_____	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Naam	_____	Voorletter(s)	_____	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw

Ondertekening voor akkoord van de nieuwe verzekeringnemer (bovengenoemde hoofdverzekerde)

Datum _____ Ondertekening _____

10. Ondertekening verzekeringnemer

Naam _____ Plaats _____

Datum _____ Handtekening _____

Dit formulier kunt u sturen naar:

Nedasco B.V.
T.a.v. Afdeling Zorg
Postbus 59
3800 AB Amersfoort
E zorg@nedasco.nl