

**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

- Aanvullende verzekering START Aanvullende verzekering ROYAAL
 Aanvullende verzekering EXTRA Aanvullende verzekering EXCELLENT¹

¹ Voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering dient een gezondheidsverklaring te worden ingevuld. Het kan zijn dat er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is. In dat geval heeft de beantwoording van deze vragen geen invloed op de beoordeling van uw aanvraag.

6 Wijziging tandartsverzekering

- Aanvullende verzekering T Start Aanvullende verzekering T Royaal*
 Aanvullende verzekering T Extra Aanvullende verzekering T Excellent*

* Voor deze tandartsverzekering dient u door uw tandarts een tandheelkundig keuringsrapport in te laten vullen. Dit formulier kunt u downloaden via www.aevitae.com. Het kan zijn dat er voor uw collectieve zorgverzekering geen medische selectie van toepassing is. In dat geval ontvangt u zo spoedig mogelijk een aangepast polisblad.

7 Huisarts*

Naam huisarts:

Straat:

Postcode / huisnummer:

Plaats praktijk:

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

8 Overige wijzigingen

Ondertekening verzekeringnemer

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

Datum:

Handtekening verzekeringnemer: