



Wijzigingsformulier

Gebruik dit formulier als u een wijziging wilt doorgeven. Vul dit formulier in en stuur het op naar Menzis. Ons adres is: Postbus 75000, 7500 KC ENSCHEDE
Of u kunt wijzigingen snel en eenvoudig doorgeven via www.menzis.nl

Gegevens verzekeringnemer

Voorletters en achternaam

Geboortedatum

Verzekerdnummer

Telefoonnummer

E-mail

Wilt u één van onderstaande gegevens wijzigen? Dan hoeft u dit alleen maar door te geven aan de gemeente.

Menzis neemt de informatie over zoals deze geregistreerd staat in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Het kan gaan om:

- Adres
- Persoonsgegevens (bijvoorbeeld naamswijziging door huwelijk of scheiding)
- Overlijden

Wilt u een correspondentieadres doorgeven, geef dit aan bij punt 4. Wilt u op een zorgpolis verzekerd worden, geef dit aan bij punt 7.

Wilt u een eigen zorgpolis, geef dit dan aan bij punt 8.

1. Kies Basisverzekering, vrijwillig eigen risico en aanvullende verzekeringen per 1 januari ** (maak voor elke verzekerde een keuze)

Verzekerde(n) met geboortedatum	Basis- verzekering	Vrijwillig eigen risico Basisverzekering (vanaf 18 jaar)	Aanvullende verzekeringen
	Menzis Basis	€ 0	Geen ExtraVerzorgd
	Menzis Basis Vrij	€ 100	ExtraVerzorgd UT 1
		€ 200	ExtraVerzorgd UT 2
		€ 300	ExtraVerzorgd UT 3
		€ 400	ExtraVerzorgd 1
		€ 500	ExtraVerzorgd 2
			ExtraVerzorgd 3
			JongerenVerzorgd
			Geen TandVerzorgd
			TandVerzorgd UT 350
			TandVerzorgd UT 650
			TandVerzorgd UT 950
			TandVerzorgd 250
			TandVerzorgd 500
			TandVerzorgd 750

Eigen Risico: iedere verzekerde vanaf 18 jaar heeft een verplicht eigen risico van € 385. U kunt daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U krijgt dan korting op de premie.

Aanvullende verzekeringen: Menzis accepteert u zonder medische selectie.

ExtraVerzorgd UT en TandVerzorgd UT: kunnen alleen in combinatie met elkaar gekozen worden.

ExtraVerzorgd (UT): Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen gratis de meest uitgebreide ExtraVerzorgd (UT) die een volwassene heeft gekozen.

JongerenVerzorgd: is bedoeld voor jongeren tussen 18 en 30 jaar. Dit is een aanvullende en tandartsverzekering in één. U kunt dan geen andere aanvullende of tandartsverzekering kiezen.

TandVerzorgd 250, 500 en TandVerzorgd UT 350, 650: Alleen mogelijk voor personen van 18 jaar en ouder.

TandVerzorgd 750 en TandVerzorgd UT 950: Voor alle leeftijden. Kinderen van 10 t/m 17 jaar betalen een kinderpremie. Kinderen tot 10 jaar zijn gratis verzekerd.

Menzis Basis Voordelig: kunt u online aanvragen. Kijk voor meer informatie en aanmelding op www.menzis.nl.

2. Betaalgegevens

Rekeningnummer _____ (voor de betaling van de maandelijkse premie)

Rekeningnummer _____ (voor de uitbetaling van nota's aan u)

Automatische incasso waarvoor ik Menzis toestemming geef.*

per maand

per kwartaal (1% korting op de premie)

per half jaar (1% korting op de premie)

per jaar (2% korting op de premie)

Acceptgiro per maand

* Aankruisen wat van toepassing is

** Tenzij de maatschappij anders bepaalt

3. Aangifte geboorte

Achternaam

Geslacht* M V

Voorletters/roepnaam

Geboortedatum

Burgerservice-/sofinummer

Uw kind krijgt gratis de hoogste aanvullende verzekering ExtraVerzorgd die op uw zorgpolis is afgesloten.

4. Correspondentieadres

Ik wil de post graag op een ander adres ontvangen dan het woonadres.

Straat en huisnummer / postbus en nummer

Postcode en woonplaats

Correspondentieadres opheffen

5. Buitenlands adres

Verhuist u in het buitenland, geef dan uw nieuwe adres op. Verhuist u naar het buitenland en de verzekering moet stopgezet worden, vul dit dan in bij punt 9.

Per datum

Buitenlandsadres

6. Gezinslid over naar eigen zorgpolis

Verzekerde met geboortedatum

Per datum

Geef overige wijzigingen door bij de punten 1 en 2.

7. Samen op 1 zorgpolis door huwelijk/samenwonen

Per datum

Verzekerdennummer partner

Wilt u de betaalgegevens wijzigen? Geef dit aan bij punt 2.

8. Naar eigen zorgpolis na scheiding/einde samenwonen

Per datum

(Eventuele) kinderen verzekeren bij

Vader

Moeder

9. Verzekering stoppen

Omdat*

Overlijden

In detentie

In militaire dienst

Andere zorgverzekeraar

Vertrek naar buitenland, wegens

werk

andere reden

Buitenlands adres

Wijziging voor alle verzekerden op de zorgpolis*

Ja

Nee

Per datum

Zo nee, voor verzekerde(n) met geboortedatum

a:

c:

b:

d:

10. Aanvraag collectieve verzekering via werkgever

Per datum

Collectiviteitsnummer

Werkgever

Personeelsnummer

11. Aanvraag collectieve verzekering

Per datum

Naam collectiviteit

Collectiviteitsnummer

Lidmaatschapnummer

12. Stopzetten collectieve verzekering/aanvraag individuele verzekering

Per datum

13. Ondertekening

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld.

Datum

Handtekening

* Aankruisen wat van toepassing is