

Algemeen

Met dit formulier kunt u wijzigingen in uw zorgverzekering of persoonlijke gegevens aan ons doorgeven. Vul altijd alle gegevens in bij punt 1 'Gegevens verzekeringnemer' en verder alleen dat wat gewijzigd is. Om gezinsleden aan te melden, gebruikt u het formulier 'Aanvraag IZA Basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen'. U kunt dit formulier downloaden via www.iza.nl. U kunt uw wijzigingen ook eenvoudig online doorgeven, via www.mijniza.nl. Graag invullen in blokletters.

1. Persoonlijke gegevens (verzekeringnemer)

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering heeft aangevraagd.

Uw klantnummer vindt u op uw zorgpas of in Mijn IZA.

Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klantnummer	Telefoon overdag	Telefoon 's avonds
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Wijziging rekeningnummer

Oud rekeningnummer

Wordt uw premie betaald via uw salaris? Dan hoeft u geen rekeningnummer in te vullen.

Wat is uw nieuwe rekeningnummer voor de premiebetaling en de uitkering van vergoedingen?

IBAN

Ingangsdatum wijziging

 3. Wijziging betalingswijze

Kies één van de manieren om uw premie te betalen.

- Via het salaris Automatische incasso per maand Papieren factuur per maand
Voor betaling per papieren factuur rekenen wij € 1,50 per papieren factuur.

Uw salarisnummer of lidmaatschapsnummer vindt u op uw salarisspecificatie. U kunt dit ook opvragen bij uw werkgever.

Salarisnummer/lidmaatschapsnummer

U geeft IZA toestemming om per betalingstermijn het verschuldigde premiebedrag van uw rekeningnummer af te schrijven of in te houden op het salaris. Deze machtiging geldt voor de duur van de verzekering of tot het moment dat u de toestemming schriftelijk intrekt

- Automatische incasso per maand Papieren factuur per maand

Kies één van de manieren om eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen te betalen.

Toestemming voor automatische incasso

Kiest u voor automatische incasso? Uw toestemming geldt voor de betaling van de premie, het eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst.

Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Kiest u voor automatische incasso? Wij schrijven maximaal € 220 automatisch per maand af voor eigen risico, eigen bijdragen of vergoedingen die wij onterecht aan u hebben uitbetaald. Voor bedragen boven de € 220 krijgt u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

4. Wijziging vrijwillig eigen risico

Wijziging van het vrijwillig eigen risico wordt één keer per jaar doorgevoerd op 1 januari van het volgende jaar. U moet uiterlijk 31 december uw wijziging van het vrijwillig eigen risico doorgeven.

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Iedereen van 18 jaar en ouder kan daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. Het vrijwillig eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Verzekerde 1 (verzekeringnemer)	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)
	<input type="text"/>		
	Geboortedatum	Vrijwillig eigen risico	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 100 <input type="checkbox"/> € 200 <input type="checkbox"/> € 300 <input type="checkbox"/> € 400 <input type="checkbox"/> € 500	
Verzekerde 2	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)
	<input type="text"/>		
	Geboortedatum	Vrijwillig eigen risico	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 100 <input type="checkbox"/> € 200 <input type="checkbox"/> € 300 <input type="checkbox"/> € 400 <input type="checkbox"/> € 500	
Verzekerde 3	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)
	<input type="text"/>		
	Geboortedatum	Vrijwillig eigen risico	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 100 <input type="checkbox"/> € 200 <input type="checkbox"/> € 300 <input type="checkbox"/> € 400 <input type="checkbox"/> € 500	
Verzekerde 4	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)
	<input type="text"/>		
	Geboortedatum	Vrijwillig eigen risico	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 100 <input type="checkbox"/> € 200 <input type="checkbox"/> € 300 <input type="checkbox"/> € 400 <input type="checkbox"/> € 500	

5. Wijziging verzekeringen

Wilt u een aanvullende verzekering afsluiten? Of wilt u uw huidige aanvullende verzekering wijzigen? Dit kunt u tot uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging geldt dan toch voor het hele kalenderjaar (vanaf 1 januari). Geef u uw wijziging of eerste aanvraag ná 31 januari aan ons door, dan gaat die in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Kinderen tot 18 jaar zijn automatisch verzekerd voor het hoogst gekozen pakket van hun verzekerde ouder(s)/verzorger(s).

A IZA verzekeringen voor verzekerde 1 (verzekeringnemer).

Huidige basisverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Eigen Keuze	<input type="checkbox"/> IZA Ruime Keuze		
Nieuwe basisverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Eigen Keuze	<input type="checkbox"/> IZA Ruime Keuze		
Huidige aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 3	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 4
	<input type="checkbox"/> IZA Classic Comfort*	<input type="checkbox"/> Geen		
Nieuwe aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 3	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 4
	<input type="checkbox"/> IZA Classic Comfort*	<input type="checkbox"/> Geen		
Huidige aanvullende tandverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 3	<input type="checkbox"/> Geen
Nieuwe aanvullende tandverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 3	<input type="checkbox"/> Geen

B Verzekerde personen op de zorgpolis die een andere IZA verzekering willen dan de verzekeringnemer.

Verzekerde 2	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)	
	<input type="text"/>			
	Geboortedatum	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Basisverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Eigen Keuze	<input type="checkbox"/> IZA Ruime Keuze		
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 3	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 4
	<input type="checkbox"/> IZA Classic Comfort*	<input type="checkbox"/> Geen		
Aanvullende tandverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 3	<input type="checkbox"/> Geen
Verzekerde 3	Achternaam	Tussenvoegsel(s)	Voorletter(s)	
	<input type="text"/>			
	Geboortedatum	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Basisverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Eigen Keuze	<input type="checkbox"/> IZA Ruime Keuze		
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 3	<input type="checkbox"/> IZA Extra Zorg 4
	<input type="checkbox"/> IZA Classic Comfort*	<input type="checkbox"/> Geen		
Aanvullende tandverzekering	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 1	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 2	<input type="checkbox"/> IZA Extra Tand 3	<input type="checkbox"/> Geen

Voor verzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder is het mogelijk een andere aanvullende verzekering af te sluiten dan de aanvullende verzekering die de verzekeringnemer heeft. Kruis hiernaast de nieuwe gewenste aanvullende verzekering aan.

Kinderen onder de 18 jaar krijgen automatisch de hoogste aanvullende verzekering van de verzekerde ouder(s)/verzorger(s).

* IZA Classic Comfort is een aanvullend pakket inclusief een tandartsverzekering. Kiest u voor dit aanvullend pakket, dan kunt u geen losse aanvullende tandartsverzekering afsluiten. Meer informatie over IZA Classic Comfort vindt u op www.iza.nl.

* IZA Classic Comfort is een aanvullend pakket inclusief een tandartsverzekering. Kiest u voor dit aanvullend pakket, dan kunt u geen losse aanvullende tandartsverzekering afsluiten. Meer informatie over IZA Classic Comfort vindt u op www.iza.nl.

Verzekerde 4 Achternaam Tussenvoegsel(s) Voorletter(s)
 Geboortedatum
 Basisverzekering IZA Eigen Keuze IZA Ruime Keuze
 Aanvullende verzekering IZA Extra Zorg 1 IZA Extra Zorg 2 IZA Extra Zorg 3 IZA Extra Zorg 4
 IZA Classic Comfort* Geen
 Aanvullende tandverzekering IZA Extra Tand 1 IZA Extra Tand 2 IZA Extra Tand 3 Geen

6. Uitschrijving verzekerde(n)

Opzeggen kan tot en met 31 december. De opzegging gaat dan in per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Dit geldt voor de basisverzekering en alle aanvullende verzekeringen.

Bij uitschrijving ontvangt de verzekeringnemer een bewijs van beëindiging voor de betreffende verzekerde(n).

Vul de gewenste uitschrijfdatum in bij zowel de IZA basisverzekering als de aanvullende verzekering(en). Gaat de opzegging alleen over de IZA basisverzekering of de aanvullende verzekering(en)? Vul dan alleen op die plek de uitschrijfdatum in.

Geldt de uitschrijving voor alle, op de polis vermelde, verzekerden? Ja Nee
 Zo nee, geef hieronder aan voor welke verzekerden de wijziging geldt.

Verzekerde 1 (verzekeringnemer) Achternaam Tussenvoegsel(s) Voorletter(s)
 Uitschrijfdatum IZA basisverzekering Uitschrijfdatum aanvullende verzekering Geboortedatum
 Uitschrijfdatum aanvullende tandverzekering
 Reden uitschrijving

Verzekerde 2 Achternaam Tussenvoegsel(s) Voorletter(s)
 Uitschrijfdatum IZA basisverzekering Uitschrijfdatum aanvullende verzekering Geboortedatum
 Uitschrijfdatum aanvullende tandverzekering
 Reden uitschrijving

Verzekerde 3 Achternaam Tussenvoegsel(s) Voorletter(s)
 Uitschrijfdatum IZA basisverzekering Uitschrijfdatum aanvullende verzekering Geboortedatum
 Uitschrijfdatum aanvullende tandverzekering
 Reden uitschrijving

Verzekerde 4 Achternaam Tussenvoegsel(s) Voorletter(s)
 Uitschrijfdatum IZA basisverzekering Uitschrijfdatum aanvullende verzekering Geboortedatum
 Uitschrijfdatum aanvullende tandverzekering
 Reden uitschrijving

7. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. U verklaart dat u akkoord gaat met de toepassing van de geldende verzekeringsvoorwaarden op de verzekeringsovereenkomst.

De voorwaarden kunt u lezen op www.iza.nl. Op verzoek zenden wij u de voorwaarden toe. Inschrijving vindt plaats nadat wij hebben vastgesteld dat te verzekeren personen aan de voorwaarden voor een zorgverzekering voldoen. Door het afsluiten van een zorgverzekering met IZA Zorgverzekeraar N.V. wordt ondergetekende ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u aangeeft daar geen prijs op te stellen.

Deze coöperatie is houder van alle aandelen IZA Zorgverzekeraar N.V. en behartigt het belang van haar leden op het gebied van (zorg)verzekeringen. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst(en) wordt het lidmaatschap ook beëindigd.

Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering vragen wij u om persoonsgegevens. Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(-en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

U geeft IZA Zorgverzekeraar N.V. toestemming om uw e-mailadres te gebruiken voor het versturen van:

- het polisblad
- informatie over uw zorgverzekering
Mededelingen over uw zorgverzekering zoals wijzigingen in de premie en/of verzekeringsvoorwaarden
- nieuwsbrieven en aanbiedingen
Zorginformatie zoals nieuwsbrieven en aanbiedingen

Gegevensuitwisseling met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Interprovinciaal Overleg (IPO) en Unie van Waterschappen (UvW) VNG, IPO, of UvW heeft voor u een collectieve zorgverzekering met IZA afgesloten. VNG, IPO of UvW willen u informeren over de mogelijkheden van deze collectieve zorgverzekering. Daarvoor hebben ze uw contactgegevens nodig. U kunt uw toestemming daarvoor aan IZA hieronder kenbaar maken. Deze toestemming kunt u op ieder gewenst moment intrekken. Als u instemt met de uitwisseling van de gegevens, vult u dat hieronder in uitsluitend voor uw koepel (VNG, IPO of UvW).

- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) te verstrekken, zodat VNG mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.
- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan het Interprovinciaal Overleg (IPO) te verstrekken, zodat IPO mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.
- Ik geef IZA Zorgverzekeraar NV toestemming om jaarlijks in oktober mijn actuele NAW-gegevens en e-mailadres aan de Unie van Waterschappen (UvW) te verstrekken, zodat UvW mij in het najaar kan informeren over zaken die verband houden met de collectieve zorgverzekering.

Datum

Plaats

Handtekening verzekeringnemer

Hebt u een vraag? Kijk dan op www.iza.nl/contact. Wij helpen u graag.

Vul ook de datum en plaats in. Staat uw handtekening op het formulier? Dan kunt u het opsturen naar onderstaand adres.

Gegevens IZA

Hieronder vindt u de gegevens van IZA. U vindt de incassantgegevens ook terug op uw bankafschrift.

IZA Zorgverzekeraar NV
Postbus 25210
5600 RS Eindhoven
Nederland

Incassant-ID
NL93ZZZ091544270000