

Avéro Achmea
Postbus 57212
1040 BC Amsterdam
Nederland
www.averoachmea.nl

WIJZIGINGSFORMULIER ZORGVERZEKERING 2009

Gegevens verzekeringnemer:

Naam:

Relatienummer:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Doorneweerd Assurantiën bv
Email: info@doorneweerd.nl
Dagelijks nieuws: www.doorneweerd.nl

Postbus 15179, 1001 MD Amsterdam
Tel: 020-6200825 - Fax: 084-8325945

Met dit formulier kunt u uitsluitend onderstaande wijzigingen doorgeven. Indien u gezinsleden wilt meeverzekeren (tenzij het gaat om een geboorte), dient u hiervoor een aanvraagformulier te gebruiken. U mag meerdere wijzigingen doorgeven.

Ik wil graag onderstaande wijziging doorgeven (aankruisen wat van toepassing is):

Adreswijziging per -- (dd/mm/jjjj)

Vul hier uw nieuwe adres in

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboorte

Gegevens kind:

Naam: _____

Voorletter(s): _____

Geslacht: m v

Geboortedatum: -- (dd/mm/jjjj)

BSN*: _____

* Indien het burgerservicenummer ontbreekt, kan bijschrijving nog niet plaatsvinden.

Wijziging rekeningnummer

Mijn nieuwe (Post)bankrekeningnummer (voor premiebetaling en schadevergoeding) is:

Wijziging betaalwijze

Betaal ik:

-- (dd/mm/jjjj) (Hier een datum in de toekomst invullen.)

via automatische incasso aan Avéro Achmea

via acceptgiro aan Avéro Achmea

via mijn verzekeringsadviseur

Ik betaal per:

maand* kwartaal halfjaar** jaar***

* Bij keuze voor maandbetaling vindt de incasso altijd automatisch plaats en machtigt u ons hiervoor met ondertekening van het wijzigingsformulier.

** Halfjaarbetalingen kunnen worden doorgegeven tot 01-02-2008 (1e halfjaar) en 01-08-2008 (2e halfjaar).

*** Jaarbetalingen kunnen worden doorgegeven tot 01-02-2008.

Wijziging dekking

Ik wil de volgende zorgverzekering(en) afsluiten:

Basisverzekering:

Keuze Zorg Plan

Zorg Plan

Aanvullende verzekering:

Start

Extra

Royaal

Excellent*

Tandartsverzekering:

T Start

T Extra*

T Royaal*

T Excellent*

De wijziging geldt:

voor de gehele polis

uitsluitend voor**: _____

* Bij het aanvragen van deze dekking vindt medische selectie plaats. U kunt de vragenformulieren opvragen bij Avéro Achmea of bij uw verzekeringsadviseur.

** Kinderen kunnen geen hogere dekking krijgen dan de hoogst verzekerde ouder.

Wijziging vrijwillig eigen risico

Ik kies het volgende vrijwillige eigen risico:

€ 0

€ 100

€ 200

€ 300

€ 400

€ 500

De wijziging geldt:

voor de gehele polis

uitsluitend voor: _____

Opzeggen zorgverzekering

Ik wil per -- (dd/mm/jjjj) mijn zorgverzekering (basis- en eventuele aanvullende verzekeringen) beëindigen, wegens:

einde dienstverband (alleen als u collectief via uw werkgever verzekerd bent)

emigratie per -- (dd/mm/jjjj) naar _____

bereiken van de 18-jarige leeftijd

anders, nl. _____

De opzegging geldt:

voor de gehele polis

uitsluitend voor: _____

Ondertekening verzekeringnemer:

Naam _____

Plaats _____

Datum _____

Handtekening _____