

Naam en relatienummer
Verzekeringsadviseur:

Incasso door ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.:

_____ Ja Nee

Deze aanvraag betreft:

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

ONVZ Aanvullende Vrije Keuze pakket

ONVZ Tandfit module

Wijziging bij cliëntnummer: _____

eigen risico

andere wijziging nl. _____

deze ruimte
svp niet beschrijven

1. Gegevens aanvrager

Naam: _____

Adres: _____ Tel. werk _____

Postcode/woonplaats: _____ Tel. privé: _____

E-mail: _____ Tel. mobiel: _____

2. Gegevens te verzekeren personen

Achternaam	Voorletters	Geboortedatum	M/V	Sofinummer	Nationaliteit*
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____

* Indien een van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, dient een kopie paspoort of Europees identiteitsbewijs meegezonden te worden. Indien een van de te verzekeren personen afkomstig is uit een niet EU-land dient tevens een kopie van de verblijfsvergunning meegezonden te worden.

3. Gegevens over de betaling en uitkeringen

Betalingstermijn: maand kwartaal halfjaar jaar

Bank/girotekening voor uitkeringen: _____

Bank/girotekening voor premiebetalingen: _____

Verleent u machtiging tot automatische afschrijving van de premie en de eigen bijdrage / eigen risico? Ja Nee

(Bij maandbetaling in combinatie met premie-incasso door ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. is een machtiging tot automatische afschrijving noodzakelijk)

4. Gegevens ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Gewenste ingangsdatum: _____

Te verzekeren persoon: Eigen risico (opgave per verzekerde van 18 jaar en ouder)*:

	€	0	100	200	300	400	500
1. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben geen eigen risico.
Indien u geen eigen risico bedrag invult gaan wij uit van een eigen risico van € 0,00.

5. Gewenst ONVZ aanvullend Vrije Keuze pakket

Gewenste ingangsdatum: _____

Te verzekeren persoon: Benfit Optifit Topfit

1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Gewenste ONVZ Tandfit module

(Opgave Tandfit pakket voor verzekerden van 18 jaar of ouder)

Gewenste ingangsdatum: _____

Te verzekeren persoon: Module A Module B Module C

1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gegevens verzekeringsgerechtigdheid

- a. Zijn alle te verzekeren personen woonachtig in Nederland? Ja / Nee.
Indien ja, ga verder met vraag c. Indien nee, ga verder met vraag b.
- b. Ontvangt één van de te verzekeren personen inkomen uit Nederland? Ja / Nee. Zo ja, wie? _____
- c. Ontvangt één van de te verzekeren personen inkomen uit het buitenland? Ja / Nee. Zo ja, wie en uit welk land? _____

8. Gegevens vorige verzekering

- a. Waar waren de te verzekeren personen tot nu toe verzekerd? Naam maatschappij: _____
- b. Datum einde vorige verzekering: _____
- c. Reden beëindiging? _____

Gezondheidsvragen

Alle vragen volledig beantwoorden indien u een ONVZ Vrije Keuze Topfit Pakket aanvraagt. Indien u geen ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering aanvraagt, dient u ook alle vragen te beantwoorden.

9. Is bij één van de te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar sprake geweest van, of binnen 1 jaar te verwachten:

Wie, wanneer, hoeveel en hoe lang

- Behandeling door een arts of specialist?
- Paramedische hulp? (o.a. fysiotherapie, manuele therapie podotherapie, ergotherapie)
- Begeleiding van een psycholoog of psychologisch consult?
- Behandeling door een alternatief genezer?

Nee / Ja _____
Nee / Ja _____
Nee / Ja _____
Nee / Ja _____

10. Gebruikt iemand thans nog medicijnen?
Zo ja, wie, welke medicijnen en in welke dosering:

Nee / Ja _____

11. Maakt één van de te verzekeren personen gebruik van hulpmiddelen? (Zoals een bril, contactlenzen, gehoorapparaat, protheses)
Zo ja, wie en welk hulpmiddel?

Nee / Ja _____

12. Is bij één van de te verzekeren personen sprake van vorm-, omvang-, of standafwijking(en) aan een deel van het lichaam zoals oren, gezicht, kaak, borst, buik of benen of overbeharings?
Zo ja, bij wie en van welke afwijking is er sprake?

Nee / Ja _____

13. Staat één van de te verzekeren personen thans onder behandeling voor gebitsregulatie (orthodontie) of is dit binnen een jaar te verwachten?

Nee / Ja _____

14. Zijn alle personen thans volledig genezen, lichamenlijk en geestelijk gezond en vrij van klachten?
Zo nee, wie niet en van welke aandoening, ziekte of klachten is er nog sprake?

Ja / Nee _____

Tandheelkundige vragen

Alle vragen volledig beantwoorden indien u een aanvullende ONVZ Tandfit module aanvraagt.

15. - Zijn alle personen de laatste 2 jaar voor behandeling/controle naar de tandarts geweest?

Ja / Nee. Zo nee, wie niet: _____

- Zijn er tanden of kiezen, waarvoor u en/of uw tandarts voorzien dat er behandeling zal plaatsvinden d.m.v. kronen, inlays, bruggen of implantaten?

Nee / Ja. Zo ja, bij wie? _____

- Bestaat het voornemen kronen, inlays, bruggen of implantaten te vervangen?

Nee / Ja. Zo ja, bij wie? _____

- Zijn ontbrekende tanden of kiezen reeds vervangen door een partiële (gedeeltelijke) of volledige prothese?

Nee / Ja. Zo ja, bij wie? _____

Ondertekening

Voor het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomst dient de aanvraag altijd te worden ondertekend door de aanvrager.

16. Heeft u overigens nog iets mede te delen dat voor het tot stand komen van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan van belang is? Nee / Ja

Zo ja; toelichting: _____

Aanvrager verklaart dat hij alle vragen volledig en naar waarheid heeft beantwoord en dat hij geen enkel feit heeft verzwegen of anderszins heeft voorgesteld. Indien daarmee in strijd is gehandeld, kan dit gevolgen hebben voor de schadeafwikkeling of het bestaan van de verzekering.

De verzekering wordt door hem aangegaan voor een contractsduur van één jaar en wordt stilzwijgend verlengd, tenzij tijdig schriftelijke opzegging plaatsvindt.

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst(en) en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van het voorkomen van fraude.

Bij beoordeling van de door u ingevulde gezondheidsverklaring kan ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. een medisch adviseur inschakelen.

De bevindingen van de medisch adviseur worden, teneinde ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. in staat te stellen een beslissing over de aangevraagde verzekering te nemen, aan ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. ter beschikking gesteld. U heeft het recht als eerste kennis te nemen van de bevindingen teneinde te kunnen beslissen of de medisch adviseur die gegevens mag overdragen aan ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. bewaart gezondheidsverklaringen en eventuele andere medische stukken (zoals keuringsrapporten) in een medisch dossier. Dit beheert de medisch adviseur conform de daarvoor geldende regels. Met het inzenden van de ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring geeft u aan dat u daartegen geen bezwaar heeft. Verder geeft u met ondertekening aan geen gebruik te maken van uw recht om bezwaar aan te tekenen tegen het verwerken van de medische gegevens door ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. ten behoeve van de acceptatie van de door u aangevraagde verzekering. Indien u wel bezwaar maakt dan kan dit tot gevolg hebben dat ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. afziet van het sluiten van de overeenkomst omdat zonder medische gegevens het risico niet adequaat kan worden ingeschat.

U ontvangt enige tijd na indiening van het aanvraagformulier bericht van ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. of uw verzekeringsadviseur over de aanvraag van uw verzekering. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. behoudt het recht voor de aangevraagde aanvullende verzekering(en) niet te accepteren.

De polisvoorwaarden kunt u bij onze maatschappij opvragen en zullen in ieder geval aan u worden toegezonden bij de polisbescheiden.

Datum: _____ Handtekening aanvrager: _____