

Aanvraagformulier ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

(gebruik dit formulier indien u een nieuwe verzekerde wilt aanmelden)

Cliëntnummer : _____
 Naam verzekeringnemer : _____
 Adres : _____
 Postcode en woonplaats : _____

1. Gegevens nieuw te verzekeren personen

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

2. Gegevens Basisverzekering en aanvullende verzekeringen

Ingangsdatum 1 januari 2006

Te verzekeren perso(n)en	Vrije Keuze* Basisverzekering eigen risico (€)						Aanvullende verzekering** Vrije Keuze			Tandfit***		
	0	100	200	300	400	500	Benfit	Optifit	Topfit	A	B	C
	Verzekerde 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Gewenst eigen risico opgave per verzekerde van 18 jaar en ouder.

** De aanvullende verzekering voor een kind mag nooit hoger zijn dan de hoogst gekozen dekking van de aanvullende verzekering van één van de ouders

*** Tandfit geldt alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

3. 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? _____

Voor aanvullende medische vragen zie achterzijde.

Gezondheidsvragen

Alle vragen volledig beantwoorden indien u het Vrije Keuze Topfit Pakket aanvraagt.

-
4. Is bij één van de te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar sprake geweest van, of binnen 1 jaar te verwachten: (Wie, wanneer en hoeveel behandelingen hebben er plaatsgevonden)
- a. Behandeling door een arts of specialist: Nee / Ja _____
b. Paramedische hulp (o.a. fysiotherapie, manuele therapie, podotherapie, ergotherapie): Nee / Ja _____
c. Begeleiding van een psycholoog of psychologisch consult: Nee / Ja _____
d. Behandeling door een alternatief genezer: Nee / Ja _____
5. Is één van de te verzekeren vrouwen zwanger? Nee / Ja
Zo ja, wanneer zal de bevalling vermoedelijk plaatsvinden? Datum: _____
6. Maakt één van de te verzekeren personen gebruik van hulpmiddelen (Zoals een bril, contactlenzen, gehoorapparaat, protheses)? Nee / Ja
Zo ja, wie en welk hulpmiddel? _____
7. 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 overbeharing? Nee / Ja
Zo ja, bij wie en van welke afwijking is er sprake? _____
8. Staat één van de te verzekeren personen thans onder behandeling voor gebitsregulatie (orthodontie) of is dit binnen een jaar te verwachten? Nee / Ja
9. Zijn alle personen thans volledig genezen, lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten? Ja / Nee
Zo nee, wie niet en van welke aandoening, ziekte of klachten is er nog sprake? _____

Tandheelkundige vragen

Alle vragen volledig beantwoorden indien u een aanvullende Tandfit Module B of C aanvraagt of een Tandfit Module A in combinatie met een Vrije Keuze Benfit.

-
- 10 a. Zijn alle personen de laatste 2 jaar voor behandeling/controle naar de tandarts geweest? Nee / Ja, wie niet? _____
- b. 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, bij wie? _____
- c. Bestaat het voornemen kronen, inlays, bruggen of implantaten vervangen? Nee / Ja, bij wie? _____
- d. Zijn ontbrekende tanden of kiezen reeds vervangen door een partiële (gedeeltelijke) of volledige prothese? Nee / Ja, bij wie? _____

11. Ondertekening

Datum: _____ Handtekening aanvrager: _____

U kunt dit aanvraagformulier opsturen aan uw verzekeringsadviseur of via de bijgevoegde responsenvelop aan ONVZ.