

Naam Verzekeringsadviseur: **TCF**

Relatienummer verzekeringadviseur: **12992**

1. Gegevens verzekeringnemer

Naam: _____ Beroep: _____
Adres: _____ Tel.werk: _____
Postcode/Woonplaats: _____ Tel.privé _____
E-mail: _____ Tel.mobiel: _____

2. Gegevens over de betalingen

Incasso door: verzekeringadviseur ONVZ
(incassowijze invullen in overleg met verzekeringadviseur)
Betalingstermijn: maand kwartaal halfjaar jaar

(Post)bankrekening voor premiebetalingen: _____

(Post)bankrekening voor uitkeringen: _____

Verleent u machtiging tot automatische afschrijving van de premies en de eigen bijdrage / eigen risico? Ja Nee
(Bij maandbetaling in combinatie met premie-incasso door ONVZ Zorgverzekeraar is een machtiging tot automatische afschrijving verplicht)

3. Gegevens te verzekeren personen

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

*Wanneer één van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, moet een kopie paspoort of Europees identiteitsbewijs meegezonden te worden. Is één van de te verzekeren personen afkomstig uit een niet EU-land dan moet ook een kopie van de geldige verblijfsvergunning meegestuurd worden.

4. Gegevens verzekeringsgerechtigdheid

Zijn alle te verzekeren personen woonachtig in Nederland? Ja / Nee

Ontvangt één van de te verzekeren personen inkomen uit Nederland? Ja / Nee

Zo ja, wie en wat voor een soort inkomen? _____

Ontvangt één van de te verzekeren personen inkomen uit het buitenland? Ja / Nee

Zo ja, wie, uit welk land en wat soort voor een inkomen? _____

5. Gegevens vorige verzekering

Bij welke maatschappij waren de te verzekeren personen verzekerd? _____

Datum einde vorige verzekering? _____

Reden beëindiging? _____

Gewenste dekking ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Ingangsdatum: _____

Vrije Keuze Basisverzekering

	verzekerde	1	2	3	4	5
Basisverzekering		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vrijwillig eigen risico

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

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt het verplicht minimum eigen risico van € 150. Naast het verplichte eigen risico van € 150 kan men kiezen voor bovenstaande vrijwillige eigen risico's. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar is geen eigen risico mogelijk.

Aanvullende verzekeringen

Als u geen Basisverzekering afsluit berekenen wij een toeslag van 100% op de premie van de aanvullende verzekeringen.

ONVZ Vrije Keuze aanvullende verzekeringen

	verzekerde	1	2	3	4	5
ONVZ Vrije Keuze Extrafit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Vrije Keuze Benfit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Vrije Keuze Optifit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Vrije Keuze Topfit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Vrije Keuze Superfit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De aanvullende verzekering voor een verzekerde onder de 18 jaar mag niet hoger zijn dan de hoogst gekozen aanvullende verzekering van de ouders. Topfit en Superfit kunnen alleen afgesloten worden wanneer u in Nederland woont. Indien u kiest voor Superfit is het verplicht deze in combinatie met een Basisverzekering af te sluiten.

ONVZ Tandfit

	verzekerde	1	2	3	4	5
ONVZ Tandfit A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Tandfit B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Tandfit C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Tandfit D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ONVZ Tandfit is alleen af te sluiten door verzekerden van 18 jaar en ouder.
ONVZ Tandfit D is alleen af te sluiten in combinatie met ONVZ Vrije Keuze Topfit.

ONVZ Privé Zorgpakket

	verzekerde	1	2	3	4	5
ONVZ Privé Zorgpakket Privé Kamer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Privé Zorgpakket Zorg Luxe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Privé Zorgpakket Zorg Assistent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONVZ Privé Zorgpakket Zorg Totaal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Privé Zorgpakket is alleen af te sluiten door verzekerden van 18 jaar en ouder.
Wanneer u niet in Nederland woont, kan er alleen gekozen worden voor ONVZ Privé Zorgpakket Privé Kamer.

ONVZ Zó-fit

Ingangsdatum: _____

ONVZ Zó-fit	verzekerde	1	2	3	4	5
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ONVZ Zó-fit is alleen af te sluiten voor verzekerden van 18 jaar en ouder die in Nederland wonen. De ingangsdatum van Zó-fit kan niet in het verleden liggen. Wanneer u alleen Zó-fit afsluit zonder Basisverzekering berekenen wij een toeslag van 25% op de premie.

Gezondheidsvragen

Als u geen Basisverzekering aanvraagt moet u de gezondheidsvragen volledig en naar waarheid invullen. Wanneer u Optifit, Topfit, Superfit of Privé Zorgpakket aanvraagt, al dan niet in combinatie met een Basisverzekering, dan moet u ook alle vragen volledig beantwoorden.

1. Zijn te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar voor behandeling/consult bij een arts of specialist geweest? Nee Ja

Zo ja, wie, bij wat voor een arts/specialist en waarvoor? _____

Wanneer en hoe lang? _____

2. Hebben te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar een ziekenhuisopname of poliklinische behandeling ondergaan? Nee Ja

Zo ja, wie en waarvoor? _____

Wanneer en hoe lang? _____

3. Hebben te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar gebruik gemaakt van fysiotherapie, manuele therapie of Mensendieck/Cesar oefentherapie? Nee Ja

Zo ja, wie en wat voor een therapie? _____

Wanneer, hoe lang, hoe vaak en waarvoor? _____

4. Hebben te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar gebruik gemaakt van paramedische hulp? (zoals bijvoorbeeld chiropractie, orthoptische hulp, podotherapie, osteopathie) Nee Ja

Zo ja, wie, wat voor een paramedische hulp en waarvoor? _____

Wanneer, hoe lang en hoe vaak? _____

5. Zijn te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar onder behandeling/begeleiding geweest van een psycholoog, psychiater en/of psychotherapeut? Nee Ja

Zo ja, wie, wat voor een behandelaar en waarvoor? _____

Wanneer, hoe lang en hoe vaak? _____

6. Zijn te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar onder behandeling geweest bij een alternatief arts/genezer? Nee Ja

Zo ja, wie en wat voor een alternatief arts/genezer? _____

Wanneer, hoe lang, hoe vaak en waarvoor? _____

7. Maken te verzekeren personen thans gebruik van medicatie en/of voedingssupplement(en)? Nee Ja

Zo ja, wie en waarvoor? _____

Welk(e) medicatie/supplement(en) en in welke dosering? _____

8. Maken te verzekeren personen gebruik van (een) hulpmiddel(en), zoals bril, contactlenzen, gehoorapparaat, prothese, haarstukje/pruik, steunzolen e.d. Nee Ja

Zo ja, wie en wat voor (een) hulpmiddel(en)? _____

9. Maken te verzekeren personen gebruik van gebitsregulatie (orthodontie) of is dit binnen 1 jaar te verwachten? Nee Ja

Zo ja, wie en in welk stadium is de behandeling? _____

10. Is er bij 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 is er sprake van overbeharig? Nee Ja

Zo ja, bij wie en van welke afwijking(en) is er sprake? _____

11. Is er voor te verzekeren personen consult, behandeling, onderzoek of controle nodig of gewenst of is dit binnen 1 jaar te verwachten? Nee Ja

Zo ja, bij wie en waarvoor? _____

12. Zijn alle te verzekeren personen thans volledig genezen, lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten? ja Nee

Zo nee, wie niet en van welke aandoening, ziekte of klacht is er nog sprake? _____

Tandheekkundige vragen

Als u een Tandfit A aanvraagt in combinatie met Optifit of Topfit hoeft u onderstaande vragen niet te beantwoorden. Bij alle andere combinaties met Tandfit moet u alle tandheekkundige vragen beantwoorden.

13. Zijn alle te verzekeren personen de laatste 2 jaar voor behandeling/controle naar de tandarts geweest? Nee Ja

Zo nee, wie niet? _____

14. Zijn bij te verzekeren personen reeds vullingen aangebracht in tanden en/of kiezen? Nee Ja

Zo ja, bij wie en om hoeveel tanden en/of kiezen gaat het? _____

15. Zijn er tanden, kiezen, kronen, inlays, bruggen en/of implantaten waarvoor u en/of uw tandarts behandeling en/of vervanging verwacht? Nee Ja

Zo ja, bij wie en om hoeveel elementen gaat het? _____

-
16. Zijn er reeds tanden en/of kiezen vervangen d.m.v. kronen, inlays, bruggen, implantaten of een volledige of gedeeltelijke prothese Nee Ja

Zo ja, bij wie en hoeveel elementen? _____

In het geval van een prothese, is er sprake van een volledige of gedeeltelijke prothese en hoe oud is deze? _____

17. Zijn er ontbrekende tanden en/of kiezen die niet zijn vervangen? Nee Ja

Zo ja, bij wie en om hoeveel tanden en/of kiezen gaat het? _____

Gezondheidsvragen Zó-fit

Onderstaande vragen volledig beantwoorden voor alle personen die Zó-fit aanvragen.

18. Heeft u of een van de te verzekeren personen het afgelopen jaar moeten verzuimen en hierdoor het beroep niet uit kunnen oefenen? Nee Ja

Zo ja: A. Om wie en om hoeveel dagen ging dit? _____

B. Wanneer was de laatste verzuimdag? _____

C. Wat was de reden van dit verzuim?
Graag zo volledig mogelijk toelichten _____

Slotverklaring en ondertekening

19. 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: _____

Verzekeringnemer verklaart alle vragen juist en volledig te hebben beantwoord. Handelen in strijd daarmee kan gevolgen hebben voor het voortbestaan van de verzekering(en) of de schadeafwikkeling. Voor acceptatie van de aangevraagde verzekering(en) kan ONVZ Zorgverzekeraar de antwoorden op de gezondheidsvragen voorleggen aan zijn medisch adviseur die ONVZ Zorgverzekeraar informeert over zijn bevindingen. De verzekeringnemer heeft het recht als eerste kennis te nemen van de bevindingen en te beslissen over het in kennis stellen ervan aan ONVZ Zorgverzekeraar. Verzekeringnemer dient deze voorkeur aan te geven. Er kan bezwaar worden aangetekend tegen het verwerken van medische gegevens door ONVZ Zorgverzekeraar. Dat kan leiden tot het niet sluiten van de verzekering(en) wanneer acceptatie zonder deze gegevens niet mogelijk is. De verzekeringnemer verneemt zo spoedig mogelijk of de aangevraagde verzekering(en) al dan niet is/zijn geaccepteerd.

De polisvoorwaarden zijn te raadplegen via www.onvz.nl, worden op eerste verzoek toegezonden en – na acceptatie- met de polisbescheiden. De verzekering(en) wordt/worden aangegaan voor een contractsduur van een kalenderjaar met stilzwijgende verlenging voor een gelijke termijn, tenzij tijdig schriftelijk wordt opgezegd. Op de verzekeringen is Nederlands recht van toepassing. Indien men niet instemt met een beslissing van ONVZ Zorgverzekeraar kan heroverweging worden verzocht. Bij Zorgverzekeringen kan men geschillen daarna voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet (Postbus 291, 3700 AG Zeist, Telefoon: 030 698 83 60). Voor aanvullende verzekeringen kan men geschillen –na heroverweging- voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen (contactgegevens zoals hiervoor vermeld). Persoons- en andere gegevens worden door ONVZ Zorgverzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van de verzekering(en), inclusief fraudebestrijding. Deze registratie is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens. ONVZ Zorgverzekeraar bewaart medische gegevens in een dossier, beheerd door zijn medisch adviseur conform de betreffende regels. Na het sluiten van de verzekering(en) kunnen verzekerden indien noodzakelijk strikt vertrouwelijke medische gegevens rechtstreeks per brief, onder vermelding van 'medisch geheim' richten aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgverzekeraar.

Risicodraagster voor de zorgverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht:30135168, Afm-vergunningnummer: 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, Afm-vergunningnummer:12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl

Datum: _____

Handtekening: _____