

Collectiviteit : **6314** **Tentoo**
Verzekeringsadviseur : **18004** **Jurrema & Hoogenbos**

1. Gegevens verzekeringnemer

Naam: _____ Man Vrouw
Adres: _____ Tel.werk : _____
Postcode/Woonplaats: _____ Tel.privé : _____
E-mail: _____ Tel.mobiel : _____
Datum indiensttreding: _____ Personeelsnummer: _____

2. Gegevens over de betalingen

Incasso door: _____ Onvz
(incassowijze invullen in overleg met verzekeringsadviseur)

Betaaltermijn: _____ Maand Kwartaal Halfjaar Jaar

Bankrekening voor premiebetalingen: _____

Bankrekening voor uitkeringen: _____

Alleen in te vullen als ONVZ incasseert*: Automatische incasso Acceptgiro

*Wanneer u kiest voor automatische incasso verleent u machtiging tot automatische afschrijving van de verschuldigde bedragen. (Bij maandbetaling in combinatie met premie-incasso door ONVZ Zorgverzekeraar is een machtiging tot automatische afschrijving verplicht)

3. Gegevens van de te verzekeren personen

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

* Vult u hier uw Burger Service Nummer (BSN) in, zonder dit nummer kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen.

** Wanneer de te verzekeren personen niet de Nederlandse maar een andere EU-nationaliteit hebben: een kopie paspoort of Europees identiteitsbewijs meesturen. Wanneer de te verzekeren personen **niet** een EU-nationaliteit hebben: een kopie van de geldige verblijfsvergunning meesturen.

Gewenste ingangsdatum en dekking ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Ingangsdatum _____

Vrije Keuze Basisverzekering

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

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt het verplichte eigen risico van € 155,-. Naast dit verplichte eigen risico kunt u kiezen voor onderstaande vrijwillige eigen risico's. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar is geen vrijwillig eigen risico mogelijk.

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"/>

ONVZ Vrije Keuze Aanvullende verzekeringen

De aanvullende verzekering (en) voor een verzekerde onder de 18 jaar mag niet hoger zijn dan de hoogst gekozen dekking(en) van de ouders. Topfit en Superfit zijn alleen af te sluiten als u in Nederland woont. Als u geen Basisverzekering afsluit berekenen wij een toeslag van 100% op de premie. Superfit is alleen af te sluiten in combinatie met een Basisverzekering.

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"/>

ONVZ Tandfit

ONVZ Tandfit is alleen af te sluiten voor verzekerden van 18 jaar en ouder. ONVZ Tandfit D is alleen af te sluiten in combinatie met ONVZ Vrije Keuze Topfit. Als u geen Basisverzekering afsluit berekenen wij een toeslag van 100% op de premie.

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 Privé Zorgpakket

ONVZ Privé Zorgpakket is alleen af te sluiten voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wanneer u niet in Nederland woont, kunt u alleen de module Privé Kamer kiezen; wij berekenen dan een toeslag van 50%. Als u geen Basisverzekering afsluit berekenen wij een toeslag van 100% op de premie.

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"/>

4. Gegevens verzekeringsgerechtigdheid

Wonen alle te verzekeren personen in Nederland? Nee Ja

Zo nee, wie niet en in welk land woont de te verzekeren persoon? _____

Ontvangen de te verzekeren personen inkomen uit Nederland? Nee Ja

Zo ja, wie en wat voor soort inkomen? _____

Ontvangen de te verzekeren personen inkomen uit het buitenland? Nee Ja

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

5. Gegevens vorige verzekering

Bij welke maatschappij(-en) waren de personen verzekerd? _____

Datum einde vorige verzekering? _____

Reden beëindiging? _____

6. Opzegservice

Wilt u gebruik maken van de opzegservice van ONVZ?* Nee Ja

Hieronder kunt u aangeven voor wie en welke verzekeringen wij voor u moeten opzeggen.

	Naam Ziektekostenverzekeraar	Polisnummer	Basis	Aanvullend	Tand
Verzekerde 1	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 2	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 3	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 4	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekerde 5	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Wij zeggen alleen uw voorgaande verzekering op wanneer de door u aangevraagde verzekering(-en) geaccepteerd zijn.

Gezondheidsvragen

Wanneer u alleen een Basisverzekering of een Basisverzekering in combinatie met Extrafit, Benfit of Optifit aanvraagt, hoeft u de onderstaande gezondheidsvragen niet te beantwoorden. Voor alle andere combinaties verzoeken wij u alle vragen volledig en naar waarheid te beantwoorden. Heeft u voor de antwoorden meer ruimte nodig? Gebruik dan een apart vel; geef in dat geval wel duidelijk aan bij welke vraag het antwoord hoort.

7. Lengte en gewicht van de te verzekeren personen (18 jaar en ouder)

	Lengte	Gewicht (in kg)
Verzekerde 1:	_____	_____
Verzekerde 2:	_____	_____
Verzekerde 3:	_____	_____
Verzekerde 4:	_____	_____
Verzekerde 5:	_____	_____

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

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

Wanneer, waarvoor en hoe lang? _____

Naam en adres arts/specialist: _____

9. Zijn de te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar opgenomen geweest of hebben de te verzekeren personen een poliklinische behandeling ondergaan? Nee Ja

Zo ja, wie en waar? _____

Wanneer, waarvoor en hoe lang? _____

10. Hebben de te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar behandelingen ondergaan van fysiotherapie, manuele therapie of Mensendieck/Cesar oefentherapie? Nee Ja

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

Wanneer, hoe lang en hoe vaak? _____

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

Zo ja, wie, waarvoor en wat voor een paramedische zorg?

Wanneer, hoe lang en hoe vaak?

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

Zo ja, wie en wat voor een behandelaar?

Wanneer, waarvoor, hoe lang en hoe vaak?

13. Zijn de te verzekeren personen de afgelopen 2 jaar voor consult en/of behandeling bij een alternatief arts of genezer geweest? Nee Ja

Zo ja, wie en bij wat voor een alternatief arts of genezer?

Wanneer, waarvoor, hoe lang en hoe vaak?

Naam, adres en plaats behandelaar:

14. Maken de te verzekeren personen momenteel gebruik van medicatie? Nee Ja

Zo ja, wie en waarvoor?

Welk(e) medicatie en in welke dosering?

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

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

16. Maken de 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 of wanneer start de behandeling?

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

Is er bij de te verzekeren personen sprake van overbeharing? Zo ja, bij wie en graag toelichten.

18. Zijn de te verzekeren personen behandeld voor huidaandoeningen zoals Acné, Psoriasis, Vitiligo of is er een behandeling binnen 1 jaar te verwachten? Nee Ja

Zo ja, wie, waarvoor en wanneer was de laatste behandeling?

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

Zo ja, bij wie en waarvoor?

-
20. Zijn alle te verzekeren personen op dit moment volledig genezen, lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten? Ja Nee

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

Tandheelkundige vragen

Wanneer u **Tandfit C** of **Tandfit D** aanvraagt en bij tussentijdse wijzigingen verzoeken wij u alle onderstaande vragen volledig en naar waarheid te beantwoorden.

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

Zo nee, wie niet?

-
22. Zijn er al vullingen aangebracht in tanden en/of kiezen of zijn er vullingen vervangen via de Cerec-methode of is dit binnenkort te verwachten? Nee Ja

Zo ja, bij wie en om hoeveel tanden en/of kiezen gaat het, en wat voor soort vullingen betreft het?

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

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

-
24. Zijn er reeds tanden en/of kiezen voorzien van en/of vervangen door facings, kronen, inlays, bruggen, implantaten of een volledige of gedeeltelijke prothese? Nee Ja

Zo ja, bij wie, hoeveel elementen en hoe lang is dit geleden? In het geval van een prothese, is er sprake van een volledige of gedeeltelijke prothese en hoe oud is deze?

25. Hebben de te verzekeren personen endodontische behandelingen (wortelkanaal-/ zenuwbehandeling) ondergaan? Nee Ja

Zo ja, wie, wanneer, hoeveel en welke tanden en/of kiezen zijn behandeld?

26. Hebben de te verzekeren personen een uitgebreide behandeling ondergaan aan het parodontium (tandvlees) of verwacht u deze behandeling? Nee Ja

Zo ja, wie, wanneer en wat waren de klachten?

27. 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?

28. Zijn alle te verzekeren personen op dit moment volledig klachtenvrij op tandheelkundig gebied? Ja Nee

Zo nee, graag toelichten

Slotvraag, slotverklaring en ondertekening

29. Heeft u tot slot nog iets mee te delen dat van belang is voor het tot stand komen van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan? Nee Ja

Zo ja, toelichting: _____

Verzekeringnemer verklaart alle vragen naar waarheid en volledig te hebben beantwoord. Het naar waarheid en volledig beantwoorden geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op de te verzekeren personen. Ook vragen waarvan u het antwoord al bij ONVZ Zorgverzekeraar bekend veronderstelt, moeten naar waarheid en volledig worden beantwoord. Handelen in strijd daarmee kan gevolgen hebben voor het (voort)bestaan van de verzekering(en) of de schadeafwikkeling.

Voor acceptatie van de aangevraagde verzekering(en) kan ONVZ Zorgverzekeraar de antwoorden op de gezondheidsvragen voorleggen aan haar medisch adviseur die ONVZ Zorgverzekeraar informeert over zijn bevindingen. De verzekeringnemer heeft het recht als eerste kennis te nemen van deze bevindingen en te beslissen over het informeren van ONVZ Zorgverzekeraar erover. Verzekeringnemer kan dit aangeven bij vraag 29; mocht verzekeringnemer onvoldoende ruimte hebben om te schrijven, dan kan verzekeringnemer gebruik maken van een apart vel, hierop moet wel duidelijk aangegeven worden dat de opmerking van toepassing is op vraag 29.

Er kan bezwaar worden gemaakt 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 polis.

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.

Als men niet instemt met een beslissing van ONVZ Zorgverzekeraar kan heroverweging worden verzocht. Daarna kan men klachten of geschillen voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (Postbus 291, 3700 AG Zeist, telefoon 030 698 83 60, www.skgz.nl).

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. Door ondertekening wordt ermee ingestemd dat ONVZ Zorgverzekeraar adres- en verzekeringsgegevens uitwisselt met derden als dit voor de uitvoering van de (aanvullende) (zorg) verzekering noodzakelijk is.

ONVZ Zorgverzekeraar bewaart medische gegevens in een dossier, beheerd door haar medisch adviseur conform de betreffende regels.

Risicodraagster voor de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektelastenverzekeraar 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: _____