

Naam en Relatienummer  
Assurantietussenpersoon:

Premie-inning door ONVZ:

Ja  Nee

Deze aanmelding betreft:

Nieuwe verzekering

Wijziging bij Cliëntnummer: \_\_\_\_\_

eigen risico

medeverzekering persoon

andere wijziging nl. \_\_\_\_\_

deze ruimte  
svp niet beschrijven

### 1. Gegevens aanvrager

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_ Tel. privé: \_\_\_\_\_

Ongehuwd  Gehuwd  Samenwonend  Tel. werk: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Tel. mobiel: \_\_\_\_\_

Huisarts (naam, adres, telefoon): \_\_\_\_\_

### 2. Gegevens te verzekeren personen ( de aanvrager zelf ook vermelden indien hij/zij dient te worden meeverzekerd )

Nr	Achternaam	Voorletters	Geboortedatum	M/V	Lengte in cm	Gewicht in kg	Verpleeg klasse	Sofinr.
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 3. Gegevens gewenste verzekering:

ONVZ Benefit Module Polis

ONVZ Optifit Module Polis

ONVZ Topfit Polis

Overig: \_\_\_\_\_

a. Gegevens te kiezen individuele modules op de ONVZ Benefit Module Polis en de ONVZ Optifit Module Polis:

#### verzekerdenummer

1 2 3 4 5 6

Basismodule (= verplicht)

Module huisarts

Module tandheelkunde

-Kinderen

-Volwassenen, alleen van toepassing bij ONVZ Optifit Module Polis, gelieve maximaal 1 pakket per verzekerde te kiezen

-Tandplus Pakket A

-Tandplus Pakket B

-Tandplus Pakket C

Module paramedische hulp

Module alternatief en psychologische hulp

Module buitenland

Module aanvullend

- b. Betalingstermijn  maand  kwartaal  
 halfjaar  jaar
- c. Gewenste ingangsdatum: \_\_\_\_\_
- d. Eigen risico per gezin: \_\_\_\_\_ Per alleenverzekerde
- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 0,-   | <input type="checkbox"/> € 0,-   |
| <input type="checkbox"/> € 115,- | <input type="checkbox"/> € 57,50 |
| <input type="checkbox"/> € 230,- | <input type="checkbox"/> € 115,- |
| <input type="checkbox"/> € 450,- | <input type="checkbox"/> € 225,- |
| <input type="checkbox"/> € 700,- | <input type="checkbox"/> € 350,- |
| <input type="checkbox"/> € 900,- | <input type="checkbox"/> € 450,- |
- e. Bank/girorekening voor uitkeringen: (post)banknr.: \_\_\_\_\_  
 Bank/girorekening voor premiebetaling (post)banknr.: \_\_\_\_\_

Verleent u machtiging tot automatische afschrijving van de premie?  Ja  Nee

**4. Gegevens vorige verzekering**

- a. Hoe was u tot nu toe verzekerd?  ziekenfonds Naam Ziekenfonds \_\_\_\_\_  
 particulier  individueel Naam Maatschappij \_\_\_\_\_  
 collectief
- b. Datum einde vorige verzekering: \_\_\_\_\_
- c. Reden beëindiging: \_\_\_\_\_

**5. Gegevens AWBZ**

- a. Werkt u of één van de andere te verzekeren personen in Nederland? Ja  Nee
- b. Ontvangt één van de te verzekeren personen een Nederlandse sociale uitkering? Ja  Nee
- c. Verblijven alle te verzekeren personen reeds langer dan 12 maanden in Nederland? Ja  Nee

**Medische gezondheidsverklaring**

Alle vragen nauwkeurig en volledig beantwoorden, ook bij aansluitende overkomst van een algemeen ziekenfonds

6. Is ooit iemand in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting, rust-, kuur- of herstellingsoord opgenomen geweest? Nee  Ja
- Wie? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- Hoe lang? \_\_\_\_\_
- 
7. Is iemand de laatste 5 jaar bij een specialist geweest of heeft iemand de laatste 5 jaar een poliklinische behandeling ondergaan? Nee  Ja
- Wie? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wat voor specialist? \_\_\_\_\_
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- 
- 8 a. Heeft iemand de laatste 2 jaar een alternatief genezer geraadpleegd? Nee  Ja
- Wie? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- Hoe lang? \_\_\_\_\_
- b. Heeft iemand de laatste 2 jaar een huisarts geraadpleegd? Nee  Ja
- Wie? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- Hoe lang? \_\_\_\_\_
- 
9. Heeft iemand de laatste 2 jaar fysiotherapie gehad? (of acupunctuur, chiropractie en manuele therapie) Nee  Ja
- Wie? \_\_\_\_\_
- Waarvoor? \_\_\_\_\_
- Wanneer? \_\_\_\_\_
- Hoe lang? \_\_\_\_\_

10. Is van iemand wel eens het bloed onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bv cholesterol), geelzucht (hepatitis B, C of D), sexueel overdraagbare aandoeningen? Nee  Ja

Van wie? \_\_\_\_\_

Wanneer? \_\_\_\_\_

Naar welke aandoeningen? \_\_\_\_\_

Zijn er afwijkingen gevonden? Zo ja, welke? Nee  Ja  \_\_\_\_\_

---

11. Draagt iemand een bril of ooglenzen? Nee  Ja  Wie? \_\_\_\_\_

Is de sterkte van de bril of ooglenzen groter dan -8 en is deze de laatste 2 jaar gewijzigd? Nee  Ja  Wie? \_\_\_\_\_

Zijn er ooit complicatie opgetreden als gevolg van het dragen van een bril of contactlenzen? Nee  Ja  Wie? \_\_\_\_\_

---

12. Is bij iemand van de te verzekeren personen sprake van overbeheering, vorm-, omvangs- of standafwijkingen aan gelaat, oren, kaak, borsten, buik, e.d.? Nee  Ja

Zo ja, bij wie en van welke afwijking is er sprake? \_\_\_\_\_

---

13. Heeft iemand van de te verzekeren personen thans een van de onderstaande aandoeningen of heeft iemand die in de laatste 5 jaar gehad? Wie, wanneer, en hoe lang?

Nierziekte Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Maag-, lever- of darmziekte Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Bronchitis, astma of andere longaandoeningen Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Hart- en vaataandoeningen en/of hartklachten Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Enigerlei vorm van verslaving Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Reuma of andere gewrichtsaandoeningen Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Aandoeningen van de rug of overige ledematen Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Enigerlei vorm van kanker Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Suikerziekte Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Aandoeningen van het gehoor Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Overspanning, psychische klachten of burn-out Nee  Ja  \_\_\_\_\_

Een andere aandoening of ziekte Nee  Ja  \_\_\_\_\_

---

14 a. Heeft iemand het laatste jaar medicijnen gebruikt? Nee  Ja

Zo ja, wie? \_\_\_\_\_

Waarvoor? \_\_\_\_\_

Welke medicijnen? \_\_\_\_\_

b. Gebruikt iemand thans nog medicijnen? Nee  Ja

Zo ja, wie? \_\_\_\_\_

Welke medicijnen? \_\_\_\_\_

Welke dosering? \_\_\_\_\_

---

15. Heeft iemand de laatste 5 jaar begeleiding van een psycholoog gehad of is bekend dat begeleiding door een psycholoog zal plaatsvinden? Nee  Ja

Wie, wanneer, hoe lang? \_\_\_\_\_

---

16. Is voor iemand behandeling, onderzoek of controle nodig of gewenst? Nee  Ja

Voor wie, waarvoor, door wie? \_\_\_\_\_

---

17. Zijn alle personen thans volledig genezen, lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten? Nee  Ja

Zo ja, sinds wanneer? \_\_\_\_\_

Zo neen, welke klachten bestaan er nu nog? \_\_\_\_\_

---

18 a. Zijn er reeds eerder zwangerschappen geweest? Hoeveel? Nee  Ja  maal

Waar hebben de bevallingen plaatsgevonden? Thuis  Polikliniek (=24 uren opname)  Ziekenhuis

Hebben zich bij de zwangerschap of bevalling ooit complicaties voorgedaan? Nee  Ja

Welke? \_\_\_\_\_

- 18 b. Bestaat er momenteel bij een van de te verzekeren vrouwen zwangerschap? Nee  Ja
- Verliep deze zwangerschap tot nu toe normaal? Nee  Ja
- Waar en wanneer zal de bevalling vermoedelijk plaatsvinden? Thuis  Polikliniek  Ziekenhuis  Datum \_\_\_\_\_
- 

19. Is iemand thans onder behandeling voor gebitsregulatie (orthodontie) of is behandeling binnen enkele jaren te verwachten? Nee  Ja
- Wie? In welk stadium is de behandeling? \_\_\_\_\_
- 

- 20 a. Zijn alle personen de laatste 2 jaar regelmatig voor behandeling/controle (1x per jaar) naar de tandarts geweest? Nee  Ja
- b. Hoe vaak is er bij de te verzekeren personen sprake van bloedend tandvlees? Nooit  Soms  Altijd
- c. Zijn er tanden of kiezen, waarvan u en/of uw tandarts voorzien dat er behandeling zal plaatsvinden d.m.v. kronen, inlays, bruggen of implantaten? Nee  Ja  Bij wie? \_\_\_\_\_
- Zo ja, om hoeveel kronen, inlays, bruggen of implantaten gaat het? \_\_\_\_\_
- d. Ontbreken er bij één van de te verzekeren personen tanden of kiezen waarvoor geen vervanging is? Nee  Ja  Bij wie? \_\_\_\_\_
- Zo ja, om hoeveel tanden of kiezen gaat het? \_\_\_\_\_
- Bestaat het voornemen tanden of kiezen te vervangen? Nee  Ja
- e. Zijn ontbrekende tanden of kiezen reeds vervangen door een prothese? Nee  Ja  Bij wie? \_\_\_\_\_
- Zo ja, sinds wanneer wordt deze gedragen? \_\_\_\_\_
- Betreft dit een gedeeltelijke of een volledige prothese? \_\_\_\_\_
- 

21. Heeft u overigens nog iets mede te delen dat voor het tot stand komen van deze verzekering van belang is? Nee  Ja
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 

Ondergetekende (aanvrager) verklaart, dat hij alle vragen nauwkeurig en overeenkomstig de waarheid heeft beantwoord en dat hij geen enkele bijzonderheid heeft verzwegen of verkeerd heeft voorgesteld.

Hij verklaart, dat hij bekend is met de algemene voorwaarden van de verzekering en met het feit, dat bij onjuiste of onvolledige beantwoording of verzwijging de verzekering nietig kan worden verklaard op grond van artikel 251 W.v.K..

De verzekering wordt door hem aangegaan voor een contractsduur, zoals op de voorzijde van de aanvraag vermeld en steeds stilziggend voor gelijke termijn gecontinueerd, tenzij tijdig schriftelijke opzegging plaatsvindt.

Bij behandeling van de door u ingevulde gezondheidsverklaring kan door ONVZ Zorgverzekeraar een medisch adviseur ingeschakeld worden. De gevolgtrekkingen/bevindingen van de medisch adviseur worden, teneinde ONVZ Zorgverzekeraar in staat te stellen een acceptatiebeslissing over de aangevraagde verzekering te nemen, aan ONVZ Zorgverzekeraar ter beschikking gesteld.

Ingevolge de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst heeft u het recht als eerste kennis te nemen van de gevolgtrekkingen/bevindingen teneinde te kunnen beslissen of de medisch adviseur die gegevens mag overdragen aan ONVZ Zorgverzekeraar. Wanneer u gebruik wilt maken van dit recht, verzoeken wij u dit schriftelijk, vergezeld van dit document, aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgverzekeraar mede te delen.

(woonplaats) \_\_\_\_\_

(datum) \_\_\_\_\_

(handtekening) \_\_\_\_\_

ONVZ behoudt zich het recht voor de aangevraagde verzekeringen al dan niet te accepteren.

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventuele nog nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.

ONVZ Zorgverzekeraar  
Postbus 392  
3990 GD HOUTEN  
Telefoon: 030 63 96 222