

# Aanvraag Modulair Collectieve Ziektekostenverzekering

Model 30 s (Euro)



Formulier voor het opgeven van nieuwe deelnemers, respectievelijk wijzigingen in bestaande verzekeringen.

S.v.p. met blokletters invullen, alle vragen volledig beantwoorden en aankruisen hetgeen van toepassing is.

Het betreft een  Nieuwe aanvraag  Wijziging  Beëindiging Polisnummer \_\_\_\_\_

Ingangs-/wijzigings-/beëindigingsdatum \_\_\_\_\_ Contractnummer \_\_\_\_\_

## 1 Deelnemer

Naam en voorletters \_\_\_\_\_  vrouw  man

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Bank-/gironummer \_\_\_\_\_ Nationaliteit \_\_\_\_\_

Werkzaam bij \_\_\_\_\_ Vanaf \_\_\_\_\_

## 2 Te verzekeren personen

Het betreft een  (mee)verzekering van  uitschrijving van  wijziging ligklasse voor

Familienaam en voorletters	Geslacht	Geboortedatum	SOFI-nummer <sup>(1)</sup>	Ligklasse <sup>(2)</sup>	Tandarts <sup>(3)</sup>
1. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6. _____	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m	_____	_____	3/2b/2a/1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

<sup>(1)</sup> Graag hier per verzekerde het SOFI-nummer opgeven. Als u niet beschikt over de SOFI-nummers voor alle gezinsleden, dan kunt u deze opvragen bij uw gemeente (afdeling bevolkingsregister), bij de belastingdienst of bij uw huidige (vorige) zorgverzekeraar.

<sup>(2)</sup> S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is. Voor kinderen geldt standaard klasse 3. Pakket 3 heeft alleen een 3e klasse dekking. Ligklasse 1 is altijd in combinatie met pakket 1.

<sup>(3)</sup> Indien u de uitgebreide tandartsdekking apart wilt meeverzekeren, verzoeken wij u dit hierboven aan te geven. Voor die gezinsleden dient per persoon een tandheeskundige gezondheidsverklaring meegestuurd te worden. Voor kinderen tot 20 jaar is een basisdekking voor de tandarts standaard in de verzekering opgenomen.

## 3 Gewenste dekking

Pakket 3  Pakket 2  Pakket 1

## 4 Gewenst eigen risico

€ 0,-  € 100,-  € 150,-  € 250,-  € 500,-  € 750,-  € 1.000,-

## 5 In te vullen bij beëindiging van de verzekering

a Reden van beëindiging \_\_\_\_\_

b Wordt voortzetting van de verzekering voor eigen rekening gewenst?  ja  nee

(Zie art. 7.4 van de Verzekeringsvoorwaarden.) Zo ja, dan de deelnemer laten ondertekenen.

Gewenste betaalwijze van de ex-collectieve verzekering  per jaar  per half jaar  per kwartaal  per maand

## 6 Algemeen (alleen in te vullen bij een nieuwe verzekering of meeverzekering)

a Hoe waren de te verzekeren personen voorheen verzekerd?

Via een particuliere verzekeringsmaatschappij \*) Welke? \_\_\_\_\_

Betrof dit een collectieve verzekering?

ja  nee

Via een ziekenfonds \*) Welk? \_\_\_\_\_

Anders \*), namelijk \_\_\_\_\_

\*) Tot wanneer? \_\_\_\_\_ Polis-/registratienummer \_\_\_\_\_

Wat is de reden van de beëindiging? \_\_\_\_\_

Heeft/had u de wettelijke Standaardpakketpolis?  ja  nee

b Indien u niet verzekerd bent, wat is hiervan de reden? \_\_\_\_\_

Vanaf wanneer bent u niet verzekerd? \_\_\_\_\_

c Is u ooit een ziektekostenverzekering geweigerd of is (zijn) u beperkende bepaling(en) voorgesteld?  ja  nee

Zo ja, voor welke perso(o)n(en)? \_\_\_\_\_ Reden \_\_\_\_\_

*De volgende vragen alleen beantwoorden indien u niet de Nederlandse nationaliteit bezit*

d Sinds wanneer verblijft u in Nederland? \_\_\_\_\_ Sinds \_\_\_\_\_

Bent u in het land van herkomst verzekerd geweest?  ja  nee Zo ja, tot wanneer? \_\_\_\_\_

Bent u in het bezit van een permanente verblijfsvergunning?  ja  nee

*S.v.p. meezenden: 1) een verklaring waaruit blijkt dat u voorafgaand aan de ingangsdatum van deze polis tenminste een half jaar aansluitend verzekerd bent geweest voor ziektekosten*

*2) een kopie van de verblijfsvergunning, respectievelijk voor EU-onderdanen een bewijs van inschrijving in het Bevolkingsregister*

## 7 Lengte en gewicht

	Lengte	Gewicht		Lengte	Gewicht		Lengte	Gewicht
Verzekerde 1	_____	_____	Verzekerde 3	_____	_____	Verzekerde 5	_____	_____
Verzekerde 2	_____	_____	Verzekerde 4	_____	_____	Verzekerde 6	_____	_____

## 8 Gezondheidsvragen

*Wilt u alle vragen zo nauwkeurig en volledig mogelijk beantwoorden?*

1 Zijn alle personen momenteel lichamelijk en geestelijk gezond, volledig genezen en vrij van klachten?  nee  ja

Zo ja, sinds wanneer is dit het geval? \_\_\_\_\_

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

Voor welke perso(o)n(en)? \_\_\_\_\_

2 Is ooit een van de te verzekeren personen in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting, revalidatiecentrum, astmacentrum, of herstellingsoord opgenomen geweest?  nee  ja

Zo ja, wie en waarvoor? \_\_\_\_\_

Wanneer en hoe lang? \_\_\_\_\_

3 Is er een van de te verzekeren personen de laatste 5 jaar bij een specialist geweest of heeft een van de te verzekeren personen de laatste 5 jaar een poliklinische behandeling ondergaan?  nee  ja

Zo ja, wie en waarvoor? \_\_\_\_\_

Wat voor specialist en wanneer? \_\_\_\_\_

4 Heeft een van de te verzekeren personen de laatste 2 jaar een paramedische behandeling ondergaan? (fysiotherapie, cesartherapie, oefentherapie Mensendieck, manuele therapie, logopedie)  nee  ja

Zo ja, wie en waarvoor? \_\_\_\_\_

Wanneer en hoelang? \_\_\_\_\_

5 Heeft een van de te verzekeren personen het laatste jaar een huisarts geraadpleegd?  nee  ja

Wie en waarvoor? \_\_\_\_\_

Wanneer en hoe lang? \_\_\_\_\_

6 Is van een van de te verzekeren personen wel eens het bloed onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bv. cholesterol), geelzucht (hepatitis A, B, C, D), seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of aids?  nee  ja

Zo ja, wat was het resultaat? (waarde/gehalte) \_\_\_\_\_

Van wie, wanneer en voor welke aandoeningen? \_\_\_\_\_

Zijn er afwijkingen gevonden?  nee  ja

Zo ja, wat voor afwijkingen? \_\_\_\_\_

7 Is voor een van de te verzekeren personen enige behandeling, onderzoek of controle nodig of te verwachten (inclusief plastische chirurgie en vruchtbaarheidsbehandeling)?  nee  ja

Voor wie, welke behandeling of onderzoek, waarvoor, door wie? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8 Heeft een van de (mee) te verzekeren personen momenteel één of meer van de onderstaande aandoeningen of is dit in de afgelopen vijf jaar het geval geweest?

<i>Aard van de ziekte of aandoening</i>	<i>Gezinslid nr(s). Wanneer (van/tot)</i>	<i>Welke aandoening?</i>
a Aandoeningen van maag en/of darmen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
b Leverziekten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
c Nierziekten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
d Drugs- en/of alcoholverslaving (of overmatig gebruik)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
e Doofheid en/of andere aandoeningen van het gehoororgaan	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
f Huidaandoeningen, eczeem en/of allergie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
g Bronchitis, astma of andere longaandoeningen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
h Hart- en vaataandoeningen en/of hartklachten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
i Verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
j Beroerte en/of verlamming	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
k Aandoeningen van de rug	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
l Reuma, jicht of andere gewrichtsaandoeningen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
m Aandoeningen van de spieren	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
n Aandoeningen van het zenuwstelsel	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
o Geregeld terugkerende hoofdpijnlachten, migraine	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
p Syndroom van Down of zwakzinnigheid	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
q Enigerlei vorm van kanker	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
r Verzakking (prolaps) en/of abnormale menstruatie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
s AIDS, ARC of seropositiviteit	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
t Anorexia nervosa/ Boulimia nervosa	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
u Een aandoening waarvoor een transplantatie nodig is/was	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____
v Een andere aandoening of ziekte	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja _____	_____

**Ruimte voor toelichting**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9 Gebruiken de te verzekeren personen medicijnen en/of hulpmiddelen of is dit de laatste vijf jaar het geval geweest?

<i>Gezinslid</i>	<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Dosering</i>	<i>Op voorschrift van</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10 Is een van de te verzekeren personen ooit zwanger geweest?  nee  ja  
Zo ja, hebben zich bij de zwangerschap of bevalling ook complicaties voorgedaan?  nee  ja

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11 Is een van de te verzekeren personen momenteel onder behandeling voor gebitsregulatie (orthodontie) of is behandeling binnen enkele jaren te verwachten?  nee  ja

Zo ja, wie? In welk stadium is de behandeling? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12 Heeft u verder nog iets van medische aard te melden dat van belang is?  nee  ja

**Ruimte voor toelichting**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9 Toelichting

Op deze verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

Artikel 251 Wetboek van Koophandel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig kan worden verklaard indien u bij het aanvragen van deze verzekering onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt (kortom bij 'verzwijging'). Uw plicht om informatie te verschaffen omvat alles wat voor de verzekeraar van belang kan zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico (en de persoon van aanvrager en/of belanghebbende). Het gevolg van 'verzwijging' is dat de verzekeraar zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren.

De aanvrager van deze verzekering heeft ervan kennis genomen dat de algemene voorwaarden inzake de aangevraagde verzekering ter inzage liggen ten kantore van de verzekeraar en op verzoek van de aanvrager kosteloos aan hem of haar worden toegezonden.

De door de aanvrager verstrekte gegevens kunnen worden opgenomen in een door de verzekeraar aangehouden persoonsregistratie, waarop een privacy-reglement van toepassing is.

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door AXA verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Klachten die betrekking hebben op de verzekeringsovereenkomst kunt u schriftelijk indienen bij de directie van AXA Zorg NV en/of bij de volgende klachteninstellingen:

- Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag;
- Beroepscommissie WTZ, Postbus 520, 3700 AM Zeist (uitsluitend in geval van een standaard(pakket)polis).

## 10 Ondertekening

Ondergetekende verklaart voorafgaande opgaven geheel naar waarheid te hebben verstrekt en geen mededeling achtergehouden te hebben terzake van feiten die het risico zouden kunnen verzwaren of van invloed zouden kunnen zijn op het aannemen van deze aanvraag door de verzekeraar. Hij/zij stemt ermee in, dat deze aanvraag de basis van het contract zal vormen tussen hemzelf/haarzelf en de verzekeraar. Hij/zij verbindt zich de overeenkomstig de aanvraag en de bij de verzekeraar geldende tarieven en voorwaarden opgemaakte polis in ontvangst te nemen en de verschuldigde premie en kosten te zullen voldoen.

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

## 11 Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

U hebt het recht van de medisch adviseur te vernemen welk advies hij aan de maatschappij voornemens is uit te brengen met betrekking tot de vraag of, en zo ja de voorwaarden waaronder, u kunt worden geaccepteerd. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol indien de medisch adviseur van plan is de maatschappij te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie of (één of meer) afwijkende voorwaarden. U kunt vragen als eerste daarvan in kennis te worden gesteld teneinde te kunnen beslissen of de medisch adviseur zijn advies aan de maatschappij mag uitbrengen. Indien u (als eerste) van de medisch adviseur het advies aan de maatschappij wenst te vernemen voor het geval de medisch adviseur voornemens is de maatschappij te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie dan wel op (één of meer) andere voorwaarden dan de gebruikelijke, verzoeken wij u dit rechtstreeks schriftelijk aan de medisch adviseur mee te delen. U kunt dit doen door hieronder apart te ondertekenen.

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_