

Met dit formulier meldt u zich aan voor de OHRA Zorgverzekering en aanvullende verzekeringen. Ook kunt u de opzegging van uw huidige verzekering laten regelen door OHRA.

Kruis de hokjes van uw keuze aan. Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich bij OHRA verzekeren als u minimaal aan één van deze voorwaarden voldoet:

- u woont in Nederland
- u werkt in Nederland (in dienstverband)
- u betaalt loonbelasting in Nederland

De ingangsdatum van uw verzekering is 1 januari van een jaar. Uitzonderingen vindt u in de algemene voorwaarden. U kunt elk jaar veranderen van zorgverzekeraar.

Ingangsdatum: (dd-mm-ijjj)

Gegevens collectiviteit

In te vullen indien u recht heeft op collectiviteitskorting.

Personeels- of lidnummer

Collectief contractnummer

Naam collectiviteit

Gegevens verzekeringnemer

De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Relatienr. (indien bekend)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnr.	<input type="text"/>	Toevoeging huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telnr. overdag	<input type="text"/>	Telnr. 's-avonds	<input type="text"/>	Burgerservicenummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>				

Ja, ik wil van OHRA informatie en interessante aanbiedingen ontvangen via e-mail.

Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? ja nee

Gegevens van andere te verzekeren personen

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	Geboortedatum	Geslacht	Burgerservicenummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>

Gegevens verzekering

In de tabel onderaan deze pagina kunt u aangeven welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest. Kiest u voor alle personen dezelfde aanvullende verzekering(en), tandartsverzekering en eigen risico? Vul dan alleen de eerste regel in.

Eigen risico Basisverzekering € 270,-, € 370,-, € 470,-, € 570,-, € 670,-

Het eigen risico is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie. Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 170,- per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 170,- verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering, tandartsverzekering en klasseverzekering.

Aanvullende verzekering Jongeren, Aanvullend, Extra Aanvullend, Uitgebreid, Uitgebreid Vitaal en Extra Uitgebreid

Geef in onderstaande tabel de aanvullende verzekering van uw keuze aan.

Tandartsverzekering Tandenzond 150, Tandenzond 250, Tandenzond 500, Tandenzond 750, Tandenzond 1500

Als u kiest voor de aanvullende tandartsverzekering Tandenzond 750 of 1500, dan heeft OHRA een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen.

Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts.

Geboortedatum	Eigen risico Basisverzekering	Aanvullende verzekering	Tandartsverzekering	OHRA Klasse	Diabetesmodule
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Hoe wilt u de premie betalen?

Bij automatische incasso mag OHRA alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bankrekeningnummer afschrijven. Het rekeningnummer waar u de machtiging voor afgeeft moet van de verzekeringnemer zijn. U kunt deze machtiging altijd weer intrekken. Uw rekeningnummer gebruiken wij ook voor betalingen aan u.

Per maand Per kwartaal Per jaar
 Via automatische incasso Via acceptgiro

Wat is uw bankrekeningnummer?

Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik OHRA toestemming om de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij mijn huidige zorgverzekeraar op te zeggen. Ik geef deze toestemming ook namens alle andere personen die op dit formulier vermeld staan. De opzegging geldt voor alle personen die vermeld staan op dit formulier.

Wie is uw huidige zorgverzekeraar?

Relatienummer

Hoe bent u momenteel verzekerd? Individueel Collectief Buitenland Niet

Heeft u uw huidige zorgverzekering zelf (op uw eigen naam) afgesloten of via een andere persoon (bijvoorbeeld een ouder, echtgeno(o)te of partner)?

Zelf Via een andere persoon

Wilt u dat OHRA niet alle verzekeringen voor alle personen opzegt? Geef u dan aan welke verzekering OHRA moet opzeggen en voor wie.

Achternaam	Geboortedatum	Basisverzekering	Aanvullende verzekering	Tandartsverzekering
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland?

Inkomsten uit het buitenland zijn inkomsten uit werk of een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering.

Nee Ja, de volgende personen wel: Geboortedatum Geboortedatum
Geboortedatum Geboortedatum

Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

Hebben één of meer van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit? Dan heeft OHRA voor personen uit een EU-land of een EEG-verdragsland een **kopie nodig van de ID-kaart of het paspoort**. Als het een ander land betreft, dan hebben wij een kopie van een verblijfsvergunning nodig. Stuur aanvullende documenten mee met dit formulier.

Ja Nee, de volgende personen niet: Geboortedatum Geboortedatum
Nationaliteit Nationaliteit
Geboortedatum Geboortedatum
Nationaliteit Nationaliteit

Ondertekening

Ondertekende verklaart alle vragen van dit aanmeldingsformulier nauwkeurig, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord. Dit aanmeldingsformulier is de grondslag van de zorgverzekering die wordt gesloten met OHRA Zorgverzekeringen NV, KvK 27093766 en van eventuele aanvullende verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten met OHRA Ziektekostenverzekeringen NV, KvK 09067645 onder de voorwaarden die van toepassing zijn. Deze NV's behoren tot de CZ groep te Tilburg. Ondertekende verklaart hiermee akkoord te gaan.

Plaats	Datum
Handtekening verzekeringnemer	Indien minderjarig: handtekening wettelijk vertegenwoordiger

Stuur dit formulier ondertekend in een envelop zonder postzegel naar:
OHRA, Antwoordnummer 3346, 6800 ZC Arnhem

De door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) aan OHRA verstrekte gegevens zijn primair bestemd om door OHRA te worden gebruikt voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Na totstandkoming van de verzekering kunnen zij worden gebruikt voor de uitvoering van de verzekering en de hiermee verband houdende serviceverlening, het beheer van de hieruit voortvloeiende relaties alsmede voor activiteiten gericht op een verantwoorde bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsinstelling, de voorkoming en bestrijding van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen. OHRA kan uw persoonsgegevens ook gebruiken om u te informeren over andere verzekeringen en financiële diensten. Als u geen prijs stelt op deze informatie, gebruik dan het formulier dat u kunt vinden op www.ohra.nl (onder privacy) of bel 026 400 48 48. OHRA biedt deze zorgverzekeringsovereenkomst aan. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Bij eventuele klachten kunt u zich tot de Raad van Bestuur richten. Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de rechter of de Ombudsman Zorgverzekeringen (zie artikel 16 van de algemene voorwaarden).