

**INDIVIDUELE UNIFORME AANVRAAG
INDIVIDUEEL GROTE MEDISCHE
ZORGVERZEKERING**



Staat Wisconsin
Bureau van de commissaris van
Verzekering
Postbus 7873
Madison, WI 53707-7873
(608) 266-3585
Webadres: oci.wi.gov

Zie: sectie Ins 3.33, Wis.adm.code,
en s. 601.41 (10), Wis.Stat.

Dit formulier is bedoeld voor de eerste aanvraag van een individu voor dekking. Voor vragen over dit formulier kunt u contact opnemen met de verzekeraar.

Instructies: Vul voor iedere persoon voor wie dekking wordt aangevraagd de volledige aanvraag in. Als een persoon momenteel is ingeschreven bij Medicare, mag deze aanvraag niet worden ingevuld voor die ingeschreven persoon. Als er extra pagina's nodig zijn om deze aanvraag volledig in te vullen, voeg dan elke pagina toe, onderteken en dateer deze.

I. INFORMATIE

Informatie primaire aanvrager/verzekerde:

Voor-, middelste en achternaam				
Burgerservicenummer*	Geboorteplaats	Geboortedatum	Geslacht	Hoogte _____ Gewicht _____
Woonadres				
Stad	District	Staat	Postcode	
Postadres, indien verschillend van woonadres				
Stad	District	Staat	Postcode	
Thuis telefoon	alternatieve telefoon		Email optioneel)	
*Als u een burgerservicenummer heeft.				
De hoofdaanvrager is: <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Jonger dan 18 jaar** * * Als de hoofdaanvrager jonger is dan 18 jaar, vul dan de secties in - II. C. en V.				
Werkgelegenheidsinformatie: Primaire taken: Zelfstandig ondernemer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				

II. EXTRA AANVRAGEN

A. Vul ALLEEN in als uw echtgeno(o)t(e) en/of kinderen jonger dan 27 jaar een dekking aanvragen. Als er niet voldoende ruimte is, voeg dan aanvullende familiegegevens toe. **Onderteken en dateer het aanvullende blad.**

Naam van de echtgenoot (Eerste; MI; Laatste)	Geslacht	Sociale zekerheid Nummer*/ Geboorteplaats	Geboortedatum (ma/dag/jr)	Hoogte Gewicht	Primaire taken (indien toepasselijk)

*Als u een burgerservicenummer heeft.

Naam kind (Eerste; MI; Laatste)	Geslacht	Sociale zekerheid Nummer*	Geboortedatum (ma/dag/jr)	Hoogte Gewicht	Primaire taken (indien toepasselijk)

* Als u een burgerservicenummer heeft.

B. Woont het/de kind(eren) genoemd in deze aanvraag bij u op bovenstaand adres? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien "Nee", vermeld dan de naam en het postadres(sen) van het kind/de kinderen: Postadres met naam van de aanvrager			
Stad	District	Staat	Postcode
Thuis telefoon		alternatieve telefoon	
Naam van de wettelijke voogd of ouder die verantwoordelijk is voor het afsluiten van een ziektekostenverzekering voor het minderjarige kind.			

C. Als de hoofdaanvrager jonger is dan 18 jaar, geef dan de naam en het postadres van de wettelijke voogd of verzorgende ouder op: Postadres Wettelijke voogd of verzorgende ouder			
Stad	District	Staat	Postcode
Thuis telefoon		alternatieve telefoon	
Naam van de wettelijke voogd of ouder die verantwoordelijk is voor het afsluiten van een ziektekostenverzekering voor het minderjarige kind			

III. HUIDIGE EN EERDERE DEKKING

<p>Geef informatie over de individuele of collectieve ziektekostenverzekering of andere ziektekostendekking van u of uw gezinslid (eerdere of huidige). Zo kunnen wij bepalen of u wachttijden heeft voor reeds bestaande aandoeningen van de zorgverzekering die u aanvraagt. Met het verstrekken van deze gegevens verlaagt u uw zorgverzekering niet.</p> <p>Heeft iemand die dekking aanvraagt een huidige ziektekostendekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien "Ja", vermeld dan verzekeraar en aanvrager _____.</p>

Heeft een aanvrager in de afgelopen 18 maanden een ziektekostenverzekering gehad?

☐ Ja ☐ Nee Indien "Ja", vermeld dan verzekeraar en aanvrager _____.

Als een aanvrager een huidige ziektekostendekking heeft, zal die aanvrager dan de huidige dekking opzeggen als deze aanvrager wordt geaccepteerd?

☐ Ja ☐ Nee

Is er een aanvrager ingeschreven bij Medicare?

☐ Ja ☐ Nee Indien "Ja", naam aanvrager _____. Voor deze aanvrager stopt u hier. Deze verzekering kan de bestaande Medicare-dekking dupliceren.

Is er een aanvrager ingeschreven bij Medicaid of andere gezondheidsprogramma's van de overheid (dwz BadgerCare, TRICARE, Veterans Services)?

☐ Ja ☐ Nee Indien "Ja", naam aanvrager _____. Houd er voor deze aanvrager rekening mee dat het afsluiten van een individuele ziektekostenverzekering van invloed kan zijn op de Medicaid-status van deze persoon.

IV. MEDISCHE INFORMATIE

MEDEDELING AAN AANVRAGER:

De verzekeringsmaatschappij gebruikt of verzamelt geen genetische informatie voor enig onderschrijvingsdoel. Genetische informatie omvat informatie met betrekking tot genetische tests, genetische counseling en eventuele familiegeschiedenis van een ziekte of aandoening. Dergelijke informatie mag op geen enkele wijze in een aanvraag worden opgenomen of op enige wijze aan de verzekeringsmaatschappij worden meegedeeld. Met het oog op deze vragen *chronisch* betekent persistent, continu of periodiek, of een combinatie van een van deze termen.

U bent verplicht informatie openbaar te maken over elke ziekte of aandoening waarvoor:

- Elke aanvrager is gediagnosticeerd of behandeld door een zorgverlener.
- Elke aanvrager heeft tests ondergaan met abnormale resultaten.
- Elke aanvrager wacht op testresultaten.
- Elke aanvrager is aanbevolen of gepland voor diagnostische tests, consultatie, behandeling, follow-up of operatie.
- Elke aanvrager heeft voorgeschreven medicijnen gebruikt of heeft het advies gekregen om deze te gebruiken.
- Elke verandering in de gezondheidsstatus waarvoor een aanvrager geen medische zorg of behandeling heeft gezocht.

Heeft iemand, inclusief u of een familielid dat dekking aanvraagt, in de afgelopen VIJF (5) JAAR advies, zorg of behandeling, medicatie, medisch advies ontvangen of een diagnose gekregen voor een van de onderstaande aandoeningen of ziekten? (Controleer alle voorwaarden die van toepassing zijn.)

Kruis voor elk item "Ja" of "Nee" aan, voor u en eventuele gezinsleden die dekking aanvragen. Geef aanvullende informatie op voor elke vraag waarop u 'Ja' antwoordt op de pagina Aanvullende medische gegevens die volgt op de gezondheidsvragen.

De antwoorden op de medische vragen moeten naar uw beste weten volledig, waar en correct zijn. U bent verplicht om ons vóór de ingangsdatum van de dekking onmiddellijk op de hoogte te stellen als er zich een verandering voordoet in de gezondheid van u of uw gezin, en om bijgewerkte informatie te verstrekken. Als op enig moment tijdens het acceptatieproces voorafgaand aan de ingangsdatum van de dekking u of uw gezondheidsgeschiedenis verandert, breng ons dan onmiddellijk op de hoogte, aangezien dit van invloed kan zijn op uw dekking.

WIN DE LAATSTE FIVE(5) YOREN:

1. Infectie- en parasitaire ziekten

A. AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), ARC (AIDS-gerelateerd complex), HIV-positief [De rapportage van HIV-testresultaten is beperkt tot door de FDA goedgekeurde tests, en u hoeft geen resultaten te rapporteren van tests die zijn uitgevoerd op een anonieme advies- en testlocatie of via het gebruik van een thuistestkit.]

☐ Ja ☐ Nee

B. Ziekte van Lyme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Seksueel overdraagbare aandoeningen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

2. Bloed-, klier-, endocriene, metabolische en immuunstoornissen (anders dan HIV, ARC, AIDS)

A. Bloedarmoede/bloedziekte.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Schildklier aandoening	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Diabetes/hoge of lage bloedsuikerspiegel.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee (Indien "Ja", noteer dan de laatste HGA1C-meting en datum op de pagina Aanvullende medische details.)
D. Bijnierandoening	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
e. Vergroting van lymfeklieren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
F. Endocriene/klier/hormoonsysteem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

3. Kanker, cysten en tumoren

C. Kanker.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee (Indien "Ja", vermeld dan het stadium, het type en de locatie van de tumor op de pagina Aanvullende medische details.)
B. Tumoren, cyste, knobbel, poliep.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

4. Geestelijke/zenuw-/gedragsstoornissen

A. Alcohol-/chemicaliën-/drugsmisbruik/-afhankelijkheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Heeft een aanvrager kalmerende middelen gebruikt; kalmerende middelen; cocaïne of andere hallucinogene middelen of verdovende middelen?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Eetstoornissen zoals, maar niet beperkt tot, anorexia of boulimia	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
D. Mentale/emotionele toestand/depressie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
e. Autisme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
F. Zelfmoordpoging	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
G. Therapie, behandeling of counseling op het gebied van alcohol, chemicaliën, drugsmisbruik in de afgelopen 5 jaar.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee (indien "Ja", opnamedatum van de laatste sessie op de pagina Aanvullende medische gegevens)

5. Hersenen en zenuwstelsel

A. Hersenziekte of letsel/hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Convulsies/toevallen/epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
C. Chronische hoofdpijn/migraine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
D. Neurologische aandoening/ziekte/letsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
e. Slaapapneu/chronische slaapstoornis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
F. Hartinfarct	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
G. Multiple sclerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
H. Verlamming	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

6. Huidaandoeningen

A. Huidaandoening, abnormale of kankerachtige moedervlekken of eczeem/cysten/kanker.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
--	--

7. Ogen, oren, neus

A. Chronische oor-/neusaandoening/ziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
--	--

B. Chronische oogaandoening/ziekte.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
C. Cataract/glaucoom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

8. Mond, keel of kaak

A. Chronische keel/amandelen/adenoïden/ziekte/stoornis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. TMJ/kaakgewricht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

9. Hart- of bloedsomloop

A. Bloed-/circulatiestoornis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Hartaanval/pijn op de borst/geruis/angina pectoris.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Verhoogd/hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (indien "Ja", noteer de laatste meting en de datum op de pagina Aanvullende medische details)
D. Verhoogde/hoge of lage bloeddruk.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (indien "Ja", opnemen laatste 3 metingen en data in de afgelopen 12 maanden op de Extra Pagina Medische gegevens)
e. Flebitis/bloedstolsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
F. Hartziekte/-stoornis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

10. Ademhalingssysteem

A. Astma.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Emfyseem/chronische obstructieve longziekte (COPD).....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Chronische ademhalings-/longaandoening	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
D. Longontsteking/bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

11. Spijsverteringsstelsel

A. Blindedarmontsteking/chronische buikpijn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Bloed in ontlasting	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Dikke darm/rectum/darm/darm/ziekte van Crohn.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
D. Zweer/oesofageale reflux	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
e. Galblaas	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
F. Leveraandoening/hepatitis/alvleesklier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

12. Urinesysteem

A. Blaas/urinenwegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Nier/nierstenen.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

13. Mannelijke of vrouwelijke voortplantingssystemen

A. Borst (knobbels of massa's).....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Prostaat/verhoogde PSA/prostatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
C. Aandoening van het voortplantingsstelsel/onvruchtbaarheid/dysfunctie.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
D. Abnormaal uitstrijkje of mammografie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

14. Zwangerschap, geboorte of aangeboren afwijkingen

A. Geboortefwijking/aangeboren misvormingen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
B. Complicaties tijdens de zwangerschap	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

C. Bent u, uw echtgeno(o)t(e) of een of meer kinderen ten laste (zelfs als deze niet in de aanvraag zijn vermeld) momenteel zwanger of een aanstaande ouder? (Indien "Ja", vervaldatum) ☐ Ja ☐ Nee

15. Spier- of skeletstelsel

- A. Rug-/nek-/wervelaandoening ☐ Ja ☐ Nee
- B. Bot-/orthopedische aandoening ☐ Ja ☐ Nee
- C. Lupus, chronische spierpijn, spierblessure of -ziekte, of fibromyalgie..... ☐ Ja ☐ Nee
- D. Artrose/osteoporose/ostopenie ☐ Ja ☐ Nee
- e. Reumatoïde artritis..... ☐ Ja ☐ Nee
- F. Knie-/schouder-/heup-/gewrichtsoperatie/aandoening ☐ Ja ☐ Nee
- G. Hernia ☐ Ja ☐ Nee

16. Diversen

- A. Cosmetische chirurgie/implantaten ☐ Ja ☐ Nee
- B. Gebruik van prothesen/ledematen ☐ Ja ☐ Nee
- C. Heeft chronische vermoeidheid..... ☐ Ja ☐ Nee
- D. Is een te verzekeren persoon nu gehandicapt, invalide of niet in staat om te presteren?
normale werk- of leeftijdsgelateerde activiteiten ☐ Ja ☐ Nee
- e. Eventuele gewichtsschommelingen (+/- 20 lbs) in de afgelopen 12 maanden ☐ Ja ☐ Nee
- F. Implanterbare apparaten/stents/shunts/pacemaker..... ☐ Ja ☐ Nee
- G. Allergieën ☐ Ja ☐ Nee
- H. Transplantaties ☐ Ja ☐ Nee

17. Ander letsel, ziekte, behandeling of aandoening

A. Heeft een aanvrager in de afgelopen vijf jaar een ander letsel, ziekte, behandeling of aandoening gehad die nog niet vermeld staat; in het ziekenhuis bent opgenomen of binnenkort in het ziekenhuis zult worden opgenomen; een operatie heeft ondergaan of een operatie heeft gepland; een toets had of een toets gepland had; er is aanbevolen een test of operatie te ondergaan die om een niet reeds genoemde reden niet is uitgevoerd; Heeft u medicijnen voorgeschreven gekregen voor een aandoening of blessure die nog niet is genoemd? (We zijn NIET op zoek naar de resultaten van de HIV-antilichaamtest.) ☐ Ja ☐ Nee

18. Tabaksgebruik

A. Heeft een aanvrager in de afgelopen twaalf maanden tabaksproducten in welke vorm dan ook gebruikt? .. ☐ Ja ☐ Nee

Indien "Ja", vermeld dan de naam van de aanvrager(s), de hoeveelheid gebruikte tabak en de frequentie:

19. Andere activiteiten

A. Is er een aanvrager betrokken geweest bij of deelgenomen aan georganiseerde gemotoriseerde races of andere extreme activiteiten? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "Ja", vermeld dan de naam van de aanvrager(s), de activiteit en de frequentie van de activiteit:

Vul dit gedeelte ALLEEN in als u hulp nodig heeft bij het invullen van het gedeelte met medische informatie van deze aanvraag. Houd er rekening mee dat dit mogelijk extra tijd nodig heeft om uw aanvraag te verwerken.

Neem dan tijdens kantooruren contact met mij op via dit telefoonnummer:

Ik ben niet bereikbaar tijdens kantooruren, neem dan 's avonds of in het weekend contact met mij op via dit nummer:

Pagina met aanvullende medische gegevens

Voor eventuele "Ja"-antwoorden op de vragen over medische informatie, verzoeken wij u hieronder de volledige gegevens te verstrekken. Het niet verstrekken van volledige details zal het aanvraagproces vertragen. Heeft iemand in de afgelopen vijf jaar medicijnen voorgeschreven gekregen die zijn aanbevolen of ontvangen door een bevoegde zorgverlener? Gebruik indien nodig een extra vel papier.

Alle aanvullende pagina's moeten worden ondertekend en gedateerd door de hoofdaanvrager.

Vraag # of extra informatie								
Aanvrager Naam								
Specifiek Diagnose & Soort van Behandeling								
Duur van Voorwaarde	Begonnen mm/jj		Begonnen mm/jj		Begonnen mm/jj		Begonnen mm/jj	
	Einde mm/jj		Einde mm/jj		Einde mm/jj		Einde mm/jj	
Naam/ Dosering/ Frequentie van medicatie & Data van Medicatie	Naam Rx		Naam Rx		Naam Rx		Naam Rx	
	Dosis		Dosis		Dosis		Dosis	
<small>Gebruik</small>	Begon mm/jj	Einde mm/jj	Begon mm/jj	Einde mm/jj	Begon mm/jj	Einde mm/jj	Begon mm/jj	Einde mm/jj
Operatie geweest uitgevoerd								
Beschrijving van een operatie/ Procedures/ Testen/resultaat & Datums								
Huidig Toestand/ O-lopend/ R-opgelost								
Lezingen voor Bloed Druk, Cholesterol & Diabetes	Datum	Lezing	Datum	Lezing	Datum	Lezing	Datum	Lezing
Arts/ Ziekenhuis Naam, stad, Staat								

V. ALGEMENE VOORWAARDEN

Ik bevestig dat ik de volledige aanvraag heb gelezen en ingevuld. Als ik hulp heb gekregen bij het lezen of invullen van deze Aanvraag, heb ik de perso(n)en geïdentificeerd die mij hebben geholpen. Ik ga ermee akkoord dat de antwoorden, voor zover ik weet en kan, volledig en waar zijn.

Ik begrijp dat mijn antwoorden, samen met eventuele aanvullingen of extra pagina's, de basis vormen voor het certificaat of de polis die wordt afgegeven. Ik ga ermee akkoord dat geen enkele verzekering van kracht is tot de datum die door de verzekeringsmaatschappij op het certificaat of de polis is vermeld.

Ik begrijp dat elke opzettelijke verkeerde voorstelling van zaken waarop de verzekeraar zich beroept, kan worden gebruikt om een claim te weigeren. Ik begrijp verder dat dit contract nietig kan worden verklaard als binnen de eerste 24 maanden vanaf de datum van de polis of het certificaat wordt vastgesteld dat ik of een familielid opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken heb gegeven in de aanvraag.

Ik begrijp dat het een misdrijf kan zijn om een aanvraag in te dienen of een claim in te dienen op basis van een valse of bedrieglijke verklaring. Ik begrijp verder dat het een misdrijf kan zijn om een aanvraag in te dienen die bedoeld is om een verzekeraar te misleiden of belangrijke informatie over de aanvrager te verbergen.

Ik begrijp dat ik een kopie van deze Applicatie en de kennisgeving van de privacypraktijken van het bedrijf mag opvragen. Ik ga ermee akkoord dat een fotokopie even geldig is als een origineel. Een leesbare facsimile of elektronische handtekening heeft dezelfde kracht als het origineel.

Handtekening (of e-handtekening) van de hoofdaanvrager (Als de hoofdaanvrager jonger is dan 18 jaar, handtekening van wettelijke voogd of verzorgende ouder)	Datum van ondertekening
Handtekening (of e-handtekening) van de echtgenoot	Datum van ondertekening

Handtekening (of e-handtekening) van elk vermeld kind dat de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt

Handtekening (of e-handtekening) van een aanvrager van een volwassen kind	Datum van ondertekening
Handtekening (of e-handtekening) van een aanvrager van een volwassen kind	Datum van ondertekening
Handtekening (of e-handtekening) van een aanvrager van een volwassen kind	Datum van ondertekening

Vul dit gedeelte in als iemand u heeft geholpen bij het invullen van deze aanvraag

De volgende persoon heeft mij geholpen bij het invullen van de aanvraag:
Leg de relatie van de assistent met u en uw gezin uit:

Individueel uniform aanvraagformulier
OCI 26-503 (ca. 06/2010)