

AANVRAAG TOT WIJZIGING VAN EEN CONTRACT

Polisnr.:

Ik wens met ingang van / / de volgende wijziging in de polis aan te brengen¹:

Verandering van verzekeringnemer m.b.t. bovenvermelde polis. In dat geval bevestigt de nieuwe verzekeringnemer dat hij de rechten en plichten van deze polis op zijn naam overneemt.

Naam:	<input type="text"/>	Voornaam:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Straat + nr:	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>	Gemeente:	<input type="text"/>
Land:	<input type="text"/>	Nationaliteit :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>	Tel :	<input type="text"/>

Overdracht van verzekerden of van volgende waarborgen naar een afzonderlijk contract op naam van de nieuwe verzekeringnemer:

Naam:	<input type="text"/>	Voornaam:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Straat + nr:	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>	Gemeente:	<input type="text"/>
Land:	<input type="text"/>	Nationaliteit :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>	Tel :	<input type="text"/>

	Naam	Voornaam	Waarborgen*
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Duidt aan als verzekeringsbemiddelaar door de nieuwe verzekeringnemer:

Naam of benaming: Nummer:

* Indien verzekering 'Inkomensverlies': gelieve de begunstigde van de vergoedingen te vermelden:

verzekeringnemer verzekerde andere:

Premiebetaling: maandelijks (+ 3%) driemaandelijks (+ 3%) zesmaandelijks (+ 2%) jaarlijks
(verplichte SEPA-domiciliëring)

Betalingswijze: SEPA-domiciliëring² overschrijving verzekeringsbemiddelaar

IBAN rekeningnr.: - - -

BIC rekeningnr.:

Andere wens (preciseer):

Gedaan te , op / /

¹ Het vakje naar keuze aankruisen.

² In geval van betaling via SEPA-domiciliëring, gelieve het mandaat in bijlage te vervolledigen.

Verplichte handtekening van de huidige verzekeringnemer

EN

Verplichte handtekening van de nieuwe verzekeringnemer

AANVRAAG TOT WIJZIGING VAN EEN CONTRACT

Verklaringen van de verzekeringnemer

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een aanvraag tot wijziging en dat het strekt tot de overdracht van verzekerden naar een ander verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de aanvraag tot wijziging en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
2. Door het ontvangen van de verzekeringspolis verklaar ik de precontractuele informatiefiche, de beschrijving van het belangenconflictenbeleid en de Privacyverklaring van DKV Belgium N.V. te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen. Deze documenten zijn eveneens beschikbaar op de site www.dkv.be.
3. Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd over de specifieke kenmerken, de omvang en de beperkingen (inclusief de uitsluitingen voorzien in de Algemene, Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en Productinformatiefiches van de gekozen ziekteverzekering).
4. Ik bevestig een voor eensluidend verklaard afschrift van dit verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene, Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en Productinformatie-fiches van de gekozen ziekteverzekering. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden. Deze voorwaarden zijn beschikbaar op www.dkv.be.
5. Ik weet dat enkel de verzekeraar DKV Belgium N.V. verantwoordelijk is voor de aanvaarding van het risico en het sluiten van het verzekeringscontract op basis van de persoonsgegevens van de te verzekeren personen die vermeld zijn op het verzekeringsvoorstel/ onderschrijvingsformulier. De aanvaardingsvoorwaarden zijn beschreven in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden. Ik weet dat de verzekeringstussenpersoon een kopie van de polis ontvangt inclusief eventuele beperkingen en/of bijpremie.
6. Ik verklaar in te staan voor de juistheid en volledigheid van de op dit formulier verstrekte inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
7. Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij er bovendien toe elke wijziging van mijn sociaal statuut en mijn ziekenfondsstatuut aan DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk mee te delen.
8. De Medi-Card® wordt uitgereikt bij het sluiten van een verzekeringsplan van DKV Belgium N.V., wanneer contractueel voorzien. Zodra ik deze kaart ontvangen heb, verbind ik mij ertoe de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van deze plannen na te leven bij gebruik van de Medi-Card®.
9. De persoonsgegevens worden verwerkt door DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
10. Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres eveneens gebruikt wordt voor de communicatie en het beheer van mijn (pre)contractuele relaties met DKV Belgium N.V. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV Belgium N.V., ongeacht de wijze van communicatie. Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V., mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketing-doeleinden.
11. Bij gebruik van de betalingswijze 'SEPA-domiciliëring' machtig ik DKV Belgium N.V. om, behoudens formele herroeping, de premies m.b.t. het contract te innen en/of bij gebruik van de Medi-Card®, volgende kosten, te recupereren: de vrijstelling, de persoonlijke bijdrage, de niet-medische kosten, het bedrag dat het verzekerd kapitaal overschrijdt, de kosten m.b.t. een verzekeringsgeval die niet gedekt zijn, de door de verzekeraar geweigerde kosten, door het debet van mijn bankrekening binnen 14 werkdagen na de kennisgeving door DKV Belgium N.V.
12. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be van DKV Belgium N.V., optredend onder de naam van DKV Belgium N.V. te 1000 Brussel, Loksumstraat 25 (Tel: 02/287 64 11 – Fax: 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35 (Tel: 02/547 58 71 – Fax: 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

**Handtekening van de nieuwe verzekeringnemer
+ stempel van de onderneming in voorkomend geval:**

Datum:/...../20...