

VEREENVOUDIGD VOORSTEL: INDIVIDUELE VOORTZETTING ¹

Hoofdkenmerken van een individuele voortzetting van een DKV groepscontract:

- Het individueel voortgezette ziekteverzekeringscontract biedt waarborgen die minstens gelijkaardig zijn aan de waarborgen van het ziekteverzekeringscontract verbonden aan de beroepsactiviteit;
- De aanvraag tot voortzetting werd ingediend binnen de 105 dagen volgend op de einddatum van de DKV groepsverzekering²;
- Gedurende de twee jaar vóór het verlies van het ziekteverzekeringscontract verbonden aan de beroepsactiviteit dat wordt voortgezet, moet de verzekerde ononderbroken aangesloten zijn bij één of meerdere opeenvolgende ziekteverzekeringscontracten bij een verzekeringsmaatschappij.

ADMINISTRATIEVE VRAGENLIJST

Naam of benaming van de verzekeringstussenpersoon / bediende DKV _____ Nummer

Verzekeringnemer:

Nr. groepspolis: Inschrijvingsnr.: Beëindigingsdatum: _____

Nr. Horizonpolis: Nr. Medi-Card®

Naam / Voornaam: _____

Adres: _____

Gemeente / Postcode / Land: _____ Tel.: _____

E-mail adres: _____

IBAN rekeningnr.: - - -

BIC rekeningnr.:

Keuze voor een ziekteverzekering in het kader van een individuele voortzetting

Gamma DKV-producten	Naam van de DKV-producten	
<input type="checkbox"/> Hospitalisatieverzekering	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Premium	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Flexi
<input type="checkbox"/> Verzekering ambulante kosten	<input type="checkbox"/> A2+	
<input type="checkbox"/> Verzekering tandzorg	<input type="checkbox"/> Z	
<input type="checkbox"/> Verzekering niet medische kosten	<input type="checkbox"/> DKV Service@home	

Te verzekeren personen: naam + voornaam	Geslacht	Geboortedatum	Statuut ziekenfonds ³	Burg. staat ⁴	Waarborg	Vrijstelling
1.	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	/ /				€
2.	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	/ /				€
3.	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	/ /				€
4.	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	/ /				€

Polis aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon

Briefwisseling aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon

Taalcode: Nederlands Frans Duits Engels

Premiebetaling: maandelijks driemaandelijks zesmaandelijks (- 1%) jaarlijks (- 3%)
(verplichte SEPA-domiciliëring)

Betalingswijze: SEPA-domiciliëring overschrijving verzekeringstussenpersoon

Manier van communiceren: elektronisch papier

¹ Betreft: groepsverzekering 'hospitalisatie', 'ambulant' en/of 'tandbehandeling' van DKV of van partners-groepsverzekeraars 'hospitalisatie' van DKV

² De premie is verschuldigd vanaf de beëindigingsdatum van het groepscontract.

³ 0 = Geen ziekenfonds – 2 = Grote en kleine risico's – 3 = Europese gemeenschap. Indien ander, welk?

⁴ A = Alleenstaand - G = Gehuwd - S = Samenwonend

VERZEKERINGAANVRAAG – Administratieve vragenlijst – Verklaringen van de verzekeringnemer

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de administratieve vragenlijst.
2. Ik verklaar de precontractuele informatiefiche en de beschrijving van het belangenconflictenbeleid 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 en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden) van de gekozen ziekteverzekering.
4. Ik verklaar dat dit voorstel gebaseerd is op een objectieve analyse van mijn behoeften en wensen verbonden aan het afsluiten van een ziekteverzekering.
5. Ik bevestig een voor eensluidend verklaard afschrift van dit verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden. Deze voorwaarden zijn beschikbaar op www.dkv.be.
6. 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.
7. Bij onderschrijving van een verzekeringscontract op afstand (m.a.w. zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de verzekeraar en/of verzekeringstussenpersoon enerzijds en van de verzekeringnemer anderzijds), verklaar ik de precontractuele informatiefiche in het kader van van de verkoop op afstand van een verzekeringsplan te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen.
8. Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef DKV Belgium N.V. toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
9. Ik weet dat de handtekening op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch DKV Belgium N.V. verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel DKV Belgium N.V. geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, hij zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
10. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mee te delen.
11. De Medi-Card[®] wordt uitgereikt bij het afsluiten 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[®].
12. 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.
13. 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, Bischoffsheimlaan 1-8 (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).
14. Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd en mijn akkoord gegeven heb dat mijn persoonlijke gegevens die via dit document verzameld en gecommuniceerd werden aan DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België (Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel) door laatstgenoemde verwerkt worden, als verantwoordelijke van de verwerking met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van de verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. De persoonlijke gegevens zijn toegankelijk voor de afdelingen Contracten, Uitkeringen, Boekhouding, Sales & Marketing, Legal, Compliance, Archiving & Scanning, Actuarieel & Statistiek, Planning & Controlling, interne Audit en Quality Control. DKV Belgium N.V. hecht veel belang aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en stelt alles in het werk om de persoonsgegevens van haar klanten te beschermen overeenkomstig de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (wet op de persoonlijke levenssfeer). Ik heb het recht om al mijn gegevens te raadplegen en deze indien nodig, te laten wijzigen of verwijderen volgens de voorwaarden voorzien door de wet.
15. 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 en van mijn klantendossiers met DKV. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV, 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 marketingdoeleinden.
16. Bij gebruik van de betalingswijze 'SEPA-domiciliëring' machtigt 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 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 de 14 werkdagen na de kennisgeving door DKV Belgium N.V.

Handtekening van de kandidaat-verzekeringnemer + stempel indien firma:

Handtekening van de verstrekker van de bemiddelingsdienst:

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

Verklaringen bij het SEPA-mandaat Europese domiciliëring

Bent u reeds klant bij DKV? Gelieve uw polisnummer te vermelden:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indien meerdere verzekeringscontracten onderschreven werden, gelieve ons voor elk contract een ingevuld en ondertekend SEPA-mandaat op te sturen¹.

Gekozen verzekeringscontract: Gezondheid Zorgverzekering Inkomensverlies

Gekozen periodiciteit: Maandelijks Driemaandelijks Zesmaandelijks Jaarlijks

Gelieve een ingevulde en ondertekende kopie van het SEPA-mandaat of de SEPA-mandaten te bewaren, en het origineel naar DKV te sturen. De referentie / het referentienummer van het SEPA-mandaat wordt u per post meegedeeld (voor nieuwe contracten).

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming _____
mchtig DKV Belgium N.V. (identificatienr. BE44ZZZ0414858607) 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 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 ondervermelde rekening binnen 14 werkdagen na de kennisgeving.

SEPA-mandaat Europese domiciliëring

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming enerzijds aan DKV Belgium N.V. | Bischoffsheimlaan 1 - 8 | 1000 Brussel | België | Identificatienr. BE44ZZZ0414858607, om een opdracht te sturen naar uw bank teneinde een bedrag van uw rekening te debiteren en anderzijds aan uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren in overeenstemming met de opdracht van DKV Belgium N.V.

U kunt een Europese domiciliëring laten terugbetalen. Vraag uw eigen bank naar de voorwaarden.

Een verzoek tot terugbetaling moet binnen 8 weken na de datum van debitering van het bedrag van uw rekening worden ingediend.

Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

Alle velden zijn verplicht in te vullen.

Identificatie mandaat (In te vullen door DKV Belgium N.V.)

Mandaat refere: (Maximum 35 karakters)

Beschrijving van
onderliggend contract:

Type betaling:

terugkerend of
(mag meerdere malen gebruikt worden)

eenmalig
(mag slechts voor een betaling dienen)

Identificatie van de debiteur (In te vullen door de rekeninghouder)

Naam en voornaam:
(Maximum 70 karakters)

Adres :
(Maximum 70 karakters)

Postcode: _____ Stad: _____

Land: _____

(U kunt uw IBAN rekeningnummer en BIC code als info op uw rekeningafschriften vinden)

Rekeningnummer (IBAN): _____

Uw bank BIC code:
(BIC, maximum 11 karakters, niet verplicht in België) _____

Datum: ____/____/_____

Plaats: _____

Naam: _____

Handtekening van de rekeninghouder (verklaringen en mandaat)

¹ Een elektronisch exemplaar van het SEPA-mandaat is beschikbaar op onze site: www.dkv.be