

VERZEKERINGSVOORSTEL - Administratieve vragenlijst

Plan Horizon (Wachtpolis)

 Polisnummer:
 Inschrijvingsnr (indien groep DKV)

1. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst

Met verzekeringstussenpersoon Naam of benaming van de verzekeringstussenpersoon: _____

Nummer DKV: _____ Nummer FSMA: _____

In hoedanigheid van: Verzekeringsmakelaar
 Verzekeringssubagent: handelend onder de verantwoordelijkheid van
 (naam van de verzekeringmakelaar): _____

De verzekeringstussenpersoon die zijn activiteit uitoefent als onderneming (vermeld de naam en het adres van de verzekeringsondernemingen waarvan hij een rechtstreekse of onrechtstreekse participatie bezit die minstens 10% bedraagt van het kapitaal of van het stemrecht): _____

Naam en adres van de verzekeringsondernemingen (of moederondernemingen) die rechtstreekse of onrechtstreekse participatie van minstens 10% van het stemrecht of van het kapitaal van het kantoor bezitten: _____

2. Verzekeringnemer

Naam: _____ Voornaam : _____ Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Straat: _____ Nr/Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____

Tel. / GSM: _____ E-mailadres: _____

IBAN-nr.: _____ BIC-nr.: _____ Ondernemingsnr.: _____

Polis aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon

Briefwisseling aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon

Taal: Nederlands Frans Duits Engels

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

Betalingswijze: SEPA-domiciliëring overschrijving verzekeringstussenpersoon

Manier van communiceren: elektronisch papier

3. Gegevens betreffende de te verzekeren personen

Verzekeren personen	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Naam				
Voornaam				
Geslacht	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum	/ /	/ /	/ /	/ /
Geboorteplaats (gemeente / land)				
Statuut ziekenfonds ¹	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	Ander:	Ander:	Ander:	Ander:

4. Keuze van de kandidaat-verzekeringnemer (gelieve aan te kruisen wat van toepassing is) :

Gewenste begindatum: 01/...../20

Onderschrijving van het Plan Horizon tengevolge van:

de voordelen van een groepshospitalisatieverzekering.

Werkgever: _____ Verzekeringsmaatschappij: _____ Aanvangsdatum: _____

wijziging van woon- en vaste verblijfplaats naar het buitenland voor een periode van langer dan 3 maanden.

¹ Statuut mutualiteit: 0 = Geen Ziekenfonds – 1 = Ziekenfonds van de Europese instellingen – 2 = Belgisch ziekenfonds – Indien Ander, welk?

VERZEKERINGSVOORSTEL - Administratieve vragenlijst

Verklaringen van de verzekeringnemer

- Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst en dat het strekt tot het sluiten 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 en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 de verkoop op afstand van een verzekeringsplan te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen.
- 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 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.
- 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.
- 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.
- 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[®].
- Uitsluitend voor de personen die verzekerd zijn volgens een collectieve hospitalisatiepolis van DKV Belgium N.V. of die vóór de onderschrijving van dit Plan Horizon bij DKV Belgium N.V. gedurende een ononderbroken periode verzekerd zijn geweest volgens een individuele hospitalisatiepolis: ik weet dat bij de onderschrijving van het Plan Horizon, geen medische vragenlijst vervolledigd werd en dat, wanneer de omschakeling naar het doelplan gebeurt (zoals voorzien in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het Plan Horizon) binnen de 2 eerste jaren na het bestaan van het Plan Horizon, de aanvaarding van het risico gebeurt op basis van een medische vragenlijst. In functie van mijn gezondheidstoestand, kan de basispremie van het doelplan verhoogd worden met een maximale meerpremie van 100% en de medische kosten die verband houden met een voorafbestaande chronische ziekte of handicap worden uitgesloten, voor zover de verzekeraar de schriftelijke aanvraag tot omschakeling naar het doelplan ontvangen heeft binnen de 105 dagen volgend op de datum waarop de verzekerde persoon niet langer de voordelen van het groepscontract geniet.
- 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, Actuariaal & 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.
- 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 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 marketingdoeleinden.
- 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 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.
- 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).

Handtekening van de kandidaat-verzekeringnemer
+ stempel van de firma

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

SEPA-mandaat Europese domiciliëring voor recurrente inning

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.

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming

machtig 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.

Naam van de rekeninghouder: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Stad: _____

Land: _____

IBAN-nummer: _____

BIC-nummer: _____

Datum: _____ / _____ / _____

Plaats: _____

Handtekening van de rekeninghouder:

VERZEKERINGSVOORSTEL - Medische vragenlijst | Plan Horizon (wachtpolis) / Vertrouwelijk

Eén vragenlijst per persoon

Uitsluitend voor nieuwe klanten verzekerd in een collectieve niet-DKV hospitalisatiepolis

Indien u al ononderbroken volgens een individueel hospitalisatie waarborg bij DKV Belgium N.V. verzekerd bent, hoeft u de volgende vragenlijst niet in te vullen

1. Verzekeringnemer

Polisnummer:

Naam of benaming: _____	Voornaam: _____
Straat: _____	Nummer: _____ Bus: _____ Postcode: _____
Gemeente: _____	Land: _____

2. Te verzekeren persoon

Naam: _____	Voornaam: _____
Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Geboortedatum: _____ / _____ / _____
Straat: _____	Nummer: _____ Bus: _____ Postcode: _____
Gemeente: _____	Land: _____ Telefoon/GSM: _____
Geboorteplaats (gemeente/land): _____	
Manier van communiceren: <input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> papier	
E-mailadres: _____	

3. Informatie

Gelieve elke vraag te beantwoorden door het vakje 'ja' of 'nee' te omcirkelen.

Om uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle nuttige in uw bezit zijnde medische documenten bijvoegen.

Indien u het wenst, kan u deze medische vragenlijst losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar : DKV Belgium N.V., t.a.v. de Raadsgeneesheer, Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke te verzekeren persoon die, indien hij dit wenst, bij zijn verzekeringsbemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan verkrijgen en afzonderlijk terugsturen.

De wet bepaalt dat u bij het sluiten van een verzekeringscontract alle gekende en relevante elementen moet melden zodat de verzekeraar het risico juist kan beoordelen. Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in uw verklaringen kan leiden tot het annuleren van de onderschreven waarborgen met behoud van de betaalde premies door de verzekeraar, zoals bepaald in artikel 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De antwoorden op de vragen hieronder vormen het noodzakelijke minimum voor de verzekeraar en dienen bovendien om u te helpen bij de spontane en volledige aangifte van de medische voorgeschiedenis van de te verzekeren personen. De ons meegeede medische gegevens worden door ons verwerkt overeenkomstig de privacywet et de patiëntenrechtenwet.

4. Medische vragenlijst van de te verzekeren persoon

1. Werd u in de loop van de laatste 7 jaar in een ziekenhuis (inclusief dagziekenhuis) opgenomen?	nee	ja*
2. Hebt u gedurende de laatste 3 jaar ziekten, ongevallen, behandelingen of symptomen gehad, waarvoor geen ziekenhuisopname plaatsvond (inclusief tandheelkunde)?	nee	ja*
3. Lijdt u aan een handicap of een chronische ziekte? Zo ja, preciseer.	nee	ja*
4. Zijn er afwijkingen vastgesteld bij medische onderzoeken (bijv. bloed- of hartonderzoeken, medische beeldvorming zoals Röntgenfoto's, CT-scan, NMR, echografie, ...)?	nee	ja*
5. Neemt u geneesmiddelen? Welke? Om welke redenen?	nee	ja*
6. Volgt u momenteel een onderzoek of een behandeling al dan niet in een ziekenhuis? Is een onderzoek of behandeling voorzien of aangeraden?	nee	ja*
7. Hebt u de jongste 12 maanden een dieet, een kinesitherapeutische, logopedische, psychotherapeutische, homeopathische, acupunctuur-, chiropractische of osteopathische behandeling gevolgd?	nee	ja*
8. Bent u momenteel zwanger?	nee	ja*
9. Wat is op dit ogenblik uw grootte en uw gewicht? Bij zwangerschap, gelieve uw gewicht net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden.	cm	kg

* Indien u 'ja' geantwoord hebt op één van de vragen, **gelieve ons bijkomende inlichtingen te bezorgen (hieronder is ruimte voorzien) omtrent de aard en precieze locatie (bv. links of rechts) van de aandoening, de kwetsuren, de misvorming, de handicap, de afwijking, de medische behandeling, de periode van hospitalisatie, van werkonbekwaamheid en/of de medische behandeling en de eventuele gevolgen, zodat wij het risico correct kunnen beoordelen.**

	Aard en precieze locatie (bv. links of rechts) van de ziekte, het symptoom, het ongeval, de handicap, het onderzoek, de behandeling, de arbeidsongeschiktheid, de invaliditeit, de hulp van derden.	Jaar, periode van behandeling, opname, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, hulp van derden. VAN TOT	Huidige gezondheidstoestand: preciseer elk(e) onderzoek en/of behandeling, voorzien of aangeraden, blijvend letsel, arbeidsongeschiktheid en/of fysiologische of economische invaliditeit. Vermeld de toegekende of voorziene percentages
Vraag nr.:			
Vraag nr.:			

VERZEKERINGSVOORSTEL - Medische vragenlijst

VERKLARINGEN

Algemene verklaringen van de te verzekeren persoon

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst en dat het strekt tot het sluiten van een verzekeringcontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringcontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
2. 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 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.
3. 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, DKV Belgium N.V. zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
4. 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[®].
5. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de gezondheidstoestand die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mee te delen.
6. 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.
7. Elke klacht over het verzekeringcontract 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).

Specifieke verklaringen van de te verzekeren persoon

8. Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd en mijn akkoord gegeven heb dat mijn 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 verzekeringcontracten, het beheer van schadegevallen. De verwerking van gegevens m.b.t. de gezondheid, zijn toegankelijk voor de afdelingen Contracten, Uitkeringen, Boekhouding, Legal, Compliance, Archiving & Scanning, interne Audit en Quality Control. 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.
9. Op basis van de ingevulde gezondheidsgegevens op de medische vragenlijst, kan DKV Belgium N.V. desgevallend de verzekeringsdekking beperken of bijpremies toepassen. Deze voorwaarden staan op de polis vermeld. In aansluiting hierop laat ik de verzekeringnemer en de verzekeringstussenpersoon toe een kopie van de polis met vermelding van deze eventuele medische beperkingen of bijpremies te ontvangen. De meegeedeelde gegevens op de medische vragenlijst zijn strikt vertrouwelijk en zullen noch aan de verzekeringsbemiddelaar noch aan de verzekeringnemer worden bezorgd.
10. 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.
11. Ik laat DKV Belgium NV uitdrukkelijk toe om de gegevens betreffende mijn gezondheid te verwerken volgens de wet van 08/12/1992 inzake de bescherming van de privacy ten opzichte van persoonlijke gegevens (de wet op de privacy) en van het koninklijk besluit van 2001 inzake de dienstverlening aan klanten, de risicobepaling, de uitgifte en de uitvoering van de verzekeringcontracten, en het schadebeheer.

**Algemene en specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.
Handtekening, voor akkoord, van de meerderjarige te verzekeren
persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:**

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