Verzekeringsmakelaar

Verzekeringsvoorstel (Dit formulier kan online worden ingevuld via DKV InsureMe)

Administratieve vragenlijst (in te vullen en te ondertekenen)

DKV

Polisnr: _____ **Referentie van de verzekeringsmakelaar of subagent:** _____

1. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst
(In te vullen door de verzekeringsmakelaaar of subagent)

☐ **Met verzekeringstussenpersoon** **Naam of benaming verzekeringstussenpersoon:** _____

Nummer DKV: _____ **Nummer FSMA:** _____

In hoedanigheid van: ☐ **Verzekeringsmakelaar**

☐ **Verzekeringssubagent:** handelend onder de verantwoordelijkheid van (naam van de verzekeringsmakelaar):

_____

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 (gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

☐ **Mr** ☐ **Mej** ☐ **Mevr** ☐ **Firma** **Ondernemingsnr.** _____

Naam of benaming: _____ **Voornaam:** _____

Geboortedatum __/__/____ **Nationaliteit:** _____

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** _____

Postcode: _____ **Gemeente:** _____ **Land:** _____

Telefoon/GSM: _____ **IBAN-nr.:** ____-____-____-____ **BIC-nr.:** _____

Polis aan: ☐ **verzekeringnemer** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

Briefwisseling aan: ☐ **verzekeringnemer** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

Taal: ☐ **Nederlands** ☐ **Frans** ☐ **Engels**

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

Betalingswijze: ☐ **SEPA-domiciliëring** ☐ **overschrijving** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier**

E-mailadres: _____

3. Gegevens betreffende de te verzekeren personen
(de verzekeringnemer moet hieronder worden vermeld om verzekerd te zijn)

Als er meer dan 4 personen te verzekeren zijn, gelieve een tweede vragenlijst in te vullen.	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Naam				
Voornaam				
Geslacht	☐ M ☐ V	☐ M ☐ V	☐ M ☐ V	☐ M ☐ V
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)				
Nationaliteit				
Geboorteplaats (gemeente/land)	/	/	/	/
Taalcode	N F E	N F E	N F E	N F E
Hoofdberoep				
Nevenactiviteit				
Amateursport				
Beroepssport				
Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid	☐ ja ☐ neen	☐ ja ☐ neen	☐ ja ☐ neen	☐ ja ☐ neen
E-mailadres				

66616_NL_25_202206

Ga verder op keerzijde

4. Keuze van de verzekeringsplannen

4.1. ☐ **Hospitalisatieverzekering - DKV Hospi Select, DKV Hospi Flexi**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen verzekeringsplan:	☐ DKV Hospi Select ☐ DKV Hospi Flexi	☐ DKV Hospi Select ☐ DKV Hospi Flexi	☐ DKV Hospi Select ☐ DKV Hospi Flexi	☐ DKV Hospi Select ☐ DKV Hospi Flexi
Begin 01/**maand/jaar**	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20 ....
Persoonlijke bijdrage (te kiezen indien DKV Hospi Select)	☐ € 154,23 ☐ € 308,46	☐ € 154,23 ☐ € 308,46	☐ € 154,23 ☐ € 308,46	☐ € 154,23 ☐ € 308,46

4.2. ☐ **Verzekering ambulante kosten - Plan A2 / Plan A2+** - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen verzekeringsplan:	☐ Plan A2 ☐ Plan A2+	☐ Plan A2 ☐ Plan A2+	☐ Plan A2 ☐ Plan A2+	☐ Plan A2 ☐ Plan A2+
Begin 01/**maand/jaar**	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20 ....
Vrijstelling	☐ € 0 ☐ € 272,17	☐ € 0 ☐ € 272,17	☐ € 0 ☐ € 272,17	☐ € 0 ☐ € 272,17

4.3. ☐ **Gezondheidszorgverzekering - DKV Medi Pack** - combinatie van een tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Begin 01/**maand/jaar**	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20 ....

4.4. ☐ **Verzekering tandzorg - DKV Smile Essential (zonder medische vragenlijst), DKV Smile Comfort, DKV Smile Premium**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen verzekeringsplan:	☐ DKV Smile Essential ☐ DKV Smile Comfort ☐ DKV Smile Premium	☐ DKV Smile Essential ☐ DKV Smile Comfort ☐ DKV Smile Premium	☐ DKV Smile Essential ☐ DKV Smile Comfort ☐ DKV Smile Premium	☐ DKV Smile Essential ☐ DKV Smile Comfort ☐ DKV Smile Premium
Begin 01/**maand/jaar**	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20 ....

4.5. ☐ **Aanvullende zorgverzekering - DKV Home Care**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen formule:	☐ Basic ☐ Classic ☐ Comfort ☐ Top	☐ Basic ☐ Classic ☐ Comfort ☐ Top	☐ Basic ☐ Classic ☐ Comfort ☐ Top	☐ Basic ☐ Classic ☐ Comfort ☐ Top
Optie Exo (premievrijstelling):	☐ **ja** ☐ **nee**	☐ **ja** ☐ **nee**	☐ **ja** ☐ **nee**	☐ **ja** ☐ **nee**
Begin 01/**maand/jaar**	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20	01/.... /20 ....

4.6. ☐ **Verzekering inkomensverlies** (gelieve een bewijs van uw beroepsinkomen van de laatste 3 jaren toe te voegen en voor de optie Plan 'Business' een lijst met uw vaste beroepsuitgaven, eveneens van de laatste 3 jaren)

Te verzekeren persoon : **Naam:** _____ **Voornaam:** _____

Sociaal statuut: Arbeider Bediende Zelfstandige Ambtenaar

Begin 01/**maand/jaar:** 01/.... /20 ....

PLAN	RENTE / FORMULE	KARENTIE	JAARRENTE
☐ **GI Continuity+ Exo**	☐ **Geïndexeerd** ☐ **Stijgend** ☐ **Constant** **Formule:** ☐ **Basic** ☐ **Classic** ☐ **Comfort** ☐ **Top**	☐ **afkoop 30 d** ☐ **30 d** ☐ **60 d** ☐ **90 d** ☐ **180 d** ☐ **365 d**	€ _____
☐ **GI eindleeftijd 65 jaar** **of** ☐ **GI andere duur:** ☐ **5** ☐ **10** ☐ **15** ☐ **20** ☐ **25 jaar**	☐ **Geïndexeerd** ☐ **Stijgend** ☐ **Constant**	☐ **afkoop 30 d** ☐ **30 d** ☐ **60 d** ☐ **90 d** ☐ **180 d** ☐ **365 d**	€ _____
☐ **Optie Business**	☐ **Geïndexeerd** ☐ **Stijgend** ☐ **Constant**	☐ **afkoop 30 d** ☐ **30 d** ☐ **60 d** ☐ **90 d** ☐ **180 d** ☐ **365 d**	€ _____

Nauwkeurige beschrijving van de beroepsactiviteiten waaruit de te verzekeren persoon een beroepsinkomen haalt: _____

Begindatum beroepsactiviteit onder het statuut van zelfstandige: _____ **Hebt u reeds een soortgelijke activiteit uitgeoefend?** ☐ **ja** ☐ **nee**

Indien ja, onder welk statuut? _____ **Begindatum:** _____ **Einddatum:** _____

Professionele verplaatsing buiten België: ☐ **ja** ☐ **nee** **Indien ja, welke landen?** _____

Effectief verblijf in het buitenland: meer dan 6 maanden per jaar: ☐ **ja** ☐ **nee**

Begunstigde van de vergoedingen: ☐ **verzekeringnemer** ☐ **verzekerde** ☐ **Indien andere: Naam of benaming:** _____

Voornaam: _____ **e-mail :** _____

Adres: _____

4.7. Reeds bestaande of vroegere polis bij andere verzekeringsmaatschappij / ziekenfonds / DKV : ☐ **nee**

☐ **ja, polisnr. :** _____ **type :** _____ **bij :** _____ ☐ **lopende** ☐ **beëindigd** ☐ **groepspolis** ☐ **indiv. polis**

Kapitaal of rente indien dekking inkomensverlies: _____

66616_NL_25_202206

Verklaringen van de verzekeringnemer

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische 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 en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
2. Ik verklaar de precontractuele informatiefiche, de gedragsregels voor de distributie van verzekeringsproducten 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 Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Algemene 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 Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en Productinformatiefiches 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. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Tijdens de duur van het contract, verbind ik mij ertoe DKV Belgium N.V. onverwijld en schriftelijk in kennis te stellen van elke wijziging in het voordeel van de Belgische sociale zekerheid van de verzekerde personen, alsook van elke wijziging van woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats. Bovendien verbind ik mij ertoe, in geval van het onderschrijven van een plan van het type 'inkomensverlies' bij DKV Belgium N.V., elke wijziging van het social statuut alsook elke wijziging met betrekking tot de verzekerde beroepsactiviteiten onverwijld en schriftelijk mee te delen. Indien een Plan GI onderschreven wordt voor een andere duur dan de eindleeftijd van 65 jaar, bevestig ik dat dit op mijn eigen aanvraag is gebeurd en overeenstemt met mijn wensen.
10. 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®.
11. 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.
12. 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. 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.
13. 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.
14. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control 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).

VERPLICHTE handtekening van de kandidaat verzekeringnemer + stempel van de firma

Datum : ___ / ___ / _____

SEPA-mandaat Europese domiciliëring voor recurrente inning

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming enerzijds aan DKV Belgium N.V. | Loksumstraat 25 | 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 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 ondervermelde rekening binnen 14 werkdagen na de kennisgeving.

Naam van de rekeninghouder: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Stad: _____ Land: _____

IBAN-nummer: ____ - ____ - ____ - ____ BIC-nummer: _____

Datum (dd/mm/jjjj) : ___ / ___ / _____ Plaats: _____

VERPLICHTE handtekening van de rekeninghouder:

66616_NL_25_202206

Verzekeringsvoorstel

Medische vragenlijst - vertrouwelijk

Gelieve één volledig ingevulde (in hoofdletters) en -verplicht- ondertekende vragenlijst per persoon terug te sturen.

1. Te verzekeren persoon

Naam: _____ **Voornaam:** _____ **Geslacht :** M V

Geboortedatum : __ / __ / ____ **Geboorteplaats (gemeente/land):** _____

Nationaliteit : _____

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** _____ **Postcode:** _____

Gemeente: _____ **Land:** _____ **Manier van communiceren:** elektronisch papier

E-mail adres: _____

Telefoon / GSM: _____

IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten): ____ - ____ - ____ - ____ **BIC-nr.:** _____

2. Verzekeringnemer (gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Reeds bestaand polisnummer: _____

Naam of benaming: _____ **Voornaam:** _____

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** _____ **Postcode:** _____

Gemeente: _____ **Land:** _____

3. BELANGRIJKE INFORMATIE

De wet bepaalt dat u bij het afsluiten 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 correcte en volledige aangifte van de huidige gezondheidstoestand en van de eventuele medische voorgeschiedenis.**

Om uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle medische documenten gelinkt aan deze vragenlijst bijvoegen. Indien u het wenst, kan u deze medische vragenlijst onder vertrouwelijke omslag opsturen naar : DKV Belgium N.V, t.a.v. de raadgevend arts, Loksumstraat 25, 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.

4. Medische vragenlijst van de te verzekeren persoon

4.A. Algemene vragenlijst, verplicht voor alle waarborgen (voor DKV Smile - tandzorgen - moet alleen rubriek 4.B. worden ingevuld)

1. Hebt u in de afgelopen vijf jaar langer dan een maand een gezondheidsprobleem (fysiek/mentaal) gehad of bent u voor dergelijk probleem behandeld ?

Neen Ja*

2. Hebt u momenteel een gezondheidsprobleem (fysiek/mentaal) of bent u de afgelopen vier weken voor een dergelijk probleem behandeld (of zijn er onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden) ?

Neen Ja*

3. Hebt u in de afgelopen twaalf maanden geneesmiddelen gebruikt gedurende meer dan een maand (andere dan anticonceptiemiddelen) ?

Neen Ja*

4. Hebt u een handicap (fysiek/mentaal) of bent u invalide ?

Neen Ja*

5. Bent u drager van een prothese of een implantaat (andere dan tandheelkundige) ?

Neen Ja*

6. Wat is uw huidige lengte ? ..... **cm**

Wat is uw huidige gewicht ? ..... **kg**

Bij zwangerschap, gelieve uw gewicht van net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden.

7. Bent u zwanger ?

Neen Ja

8. Rookt u ? (incl. e-sigaretten)

Neen Ja

***Belangrijk :** indien u één of meer van de bovenstaande vragen (1 tem 5) met **Ja** hebt beantwoord, dan moet u ook de aanvullende vragenlijst 4.C verplicht invullen. Indien u **Neen** hebt geantwoord op alle vragen (1 tem 5), dan hoeft u vragenlijst 4.C. niet bijkomend in te vullen. Vergeet echter niet om dit document te ondertekenen op de laatste bladzijde.

67115_NL_10_202206

Te verzekeren persoon Naam: **Voornaam:**

4.B. Algemene vragenlijst alleen in te vullen DKV Smile Comfort en DKV Smile Premium (tandzorg).

Het is niet nodig om deze vragenlijst in te vullen voor kinderen tot 4 jaar noch voor DKV Smile Essential.

1. Hoeveel natuurlijke tanden ontbreken er en/of hoeveel natuurlijke tanden zijn gedeeltelijk of volledig vervangen door een uitneembare of vaste tandprothese?

Voor deze berekening moet u rekening houden met:
- elke natuurlijke tand die niet meer aanwezig is en nog niet vervangen is;
- elke ontbrekende tand die reeds vervangen is door een prothese (bijv. brug, implantaat of uitneembare prothese);
- elke -nog aanwezige- natuurlijke tand die reeds voorzien is van een prothese (bijv. een kroon of een brug op bestaande tanden).

Met melktanden, wijsheidstanden of tanden die zijn verwijderd in het kader van een orthodontische behandeling moet geen rekening worden gehouden.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 of meer

2. Hebt u reeds een orthodontische behandeling ondergaan of is een dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden?

Neen Ja

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

4.C. Aanvullende vragenlijst in te vullen indien u één van de vragen (1 tot en met 5) van de algemene vragenlijst (4A) met 'Ja' hebt beantwoord of wanneer u een verzekering gewaarborgd inkomen of een zorgverzekering wil onderschrijven.

Bent u op raadpleging of in behandeling geweest in de afgelopen 5 jaar (tot op heden) of hebt u in de afgelopen 12 maanden (tot op heden) medicatie genomen voor één of meerdere van de volgende aandoeningen:

** Zo ja, gelieve het vakje naast de betrokken specifieke aandoening aan te kruisen.*
*** Indien uw specifieke aandoening niet in het lijstje staat, markeer dan het vakje «andere aandoening» en specifieer over welke aandoening het gaat.*

A. Aandoeningen van hart en bloedvaten en van het bloed? ☐ Neen ☐ Ja*
1. bloedarmoede (anemie) ☐
2. hartklepaandoening (inclusief kunstklep) ☐
3. hartinfarct ☐
4. aandoening van de slagaderen ☐
5. varices (spataderen) (niet geopereerd) ☐
6. hypertensie (hoge bloeddruk) ☐
7. hyperlipidemie / hypercholesterolemie ☐
8. andere aandoening**: ..... ☐

B. Aandoeningen van het zenuwstelsel of de spieren? ☐ Neen ☐ Ja*
9. epilepsie (vallende ziekte) ☐
10. multiple sclerose (MS) ☐
11. hersenbloeding of herseninfarct (beroerte / CVA) ☐
12. migraine ☐
13. ziekte van Parkinson ☐
14. ziekte van Alzheimer ☐
15. chronisch vermoeidheidssyndroom ☐
16. fibromyalgie ☐
17. chronische ziekte van Lyme ☐
18. andere aandoening**:..... ☐

C. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel? ☐ Neen ☐ Ja*
19. astma ☐
20. allergische rinitis ☐
21. chronisch obstructieve longaandoening (longemfyseem, chronische bronchitis) ☐
22. andere aandoening**: ..... ☐

D. Aandoeningen van de huid? ☐ Neen ☐ Ja*
23. psoriasis ☐
24. eczeem ☐
25. andere aandoening**:..... ☐

E. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, de lever of van de buikwand? ☐ Neen ☐ Ja*
26. reflux ☐
27. maagzweer ☐
28. ziekte van Crohn ☐
29. colitis ulcerosa ☐
30. aandoening van de pancreas ☐
31. levercirrose ☐
32. dikke darmpoliep ☐
33. liesbreuk (niet geopereerd) ☐
34. navelbreuk (niet geopereerd) ☐
35. maagbreuk (niet geopereerd) ☐
36. andere aandoening**:..... ☐

F. Aandoeningen van oog, neus, keel en oor? ☐ Neen ☐ Ja*
37. cataract (grijze staar) (niet geopereerd) ☐
38. glaucoom (groene staar) ☐
39. strabisme (scheelzien) (niet geopereerd) ☐
40. gehoorverlies / hoorapparaat ☐
41. slaapapneu / overmatig snurken ☐
42. cholesteatoom (chronische middenoorontsteking) ☐
43. tinnitus (chronisch oorsuizen) ☐
44. andere aandoening**:..... ☐

G. Endocriene aandoeningen (klieren)? ☐ Neen ☐ Ja*
45. diabetes mellitus (suikerziekte) ☐
46. aandoening van de schildklier (goiter, hyperthyroïdie, schildkliernodule) ☐
47. andere aandoening**:..... ☐

H. Aandoeningen van de urinewegen of geslachtsorganen? ☐ Neen ☐ Ja*
48. nierinsufficiëntie ☐
49. nierdialyse ☐
50. nierstenen ☐
51. incontinentie ☐
52. prostaathypertrofie ☐
53. endometriose ☐
54. aandoening eileiders (cyste, ontsteking,...) ☐
55. abnormaal (PAP) uitstrijkje ☐
56. andere aandoening**:..... ☐

I. Aandoeningen van de beenderen of de gewrichten? ☐ Neen ☐ Ja*
57. discus hernia cervicaal (nek) ☐
58. discus hernia dorsaal (bovenrug) ☐
59. discus hernia lumbo-sacraal (onderrug) ☐
60. chronisch rugpijn ☐
61. aandoening schouder (luxatie, frozen shoulder,...) ☐
    ☐ links ☐ rechts
62. gonartrose (artrose knie) ☐
63. coxartrose (artrose heup) ☐
64. fractuur: specifieer ☐
    ☐ schouder links ☐ schouder rechts
    ☐ heup links ☐ heup rechts
    ☐ knie links ☐ knie rechts
    ☐ rugwervel
65. artritis (reuma,...) ☐
66. scheur kruisbanden knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
67. scheur meniscus knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
68. hallux valgus (scheefstaande grote teen) (niet geopereerd) ☐
69. carpaal tunnel syndroom (niet geopereerd) ☐
70. andere aandoening**: ..... ☐

J. Infectieziekten? ☐ Neen ☐ Ja*
71. AIDS - HIV positief ☐
72. hepatitis ☐
73. tuberculose ☐
74. andere aandoening**:..... ☐

K. Psychische aandoeningen of gedragsstoornissen? ☐ Neen ☐ Ja*
75. depressie ☐
76. burn-out ☐
77. dwangstoornis (obsessief-compulsieve stoornis) ☐
78. angststoornis ☐
79. schizofrenie ☐
80. bipolaire stoornis (manisch-depressieve stoornis) ☐
81. dementie ☐
82. AD(H)D (Attention Deficit (and Hyperactivity) Disorder) ☐
83. autisme ☐
84. andere aandoening** :..... ☐

67115_NL_10_202206

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

L. Genderidentiteit ☐ Neen ☐ Ja*
85. genderdysforie ☐

M. Kwaadaardige aandoeningen (kanker)? ☐ Neen ☐ Ja*
86. specifieer (type, orgaan)?

☐ colorectaal	☐ keel
☐ maag	☐ schildklier
☐ leukemie	☐ blaas
☐ melanoom	☐ prostaat
☐ non-Hodgkin lymfoom	☐ borst
☐ pancreas	☐ baarmoederhals
☐ long	☐ eierstok
☐ nier	☐ andere: .....

Heeft u een behandeling ondergaan met
87. - radiotherapie? ☐ Neen ☐ Ja
88. - chemotherapie? ☐ Neen ☐ Ja

N. Andere aandoeningen niet vermeld hierboven? ☐ Neen ☐ Ja*
.....

O. Hebt u een orgaantransplantatie ondergaan (incl. stamcellen en beenmerg) of staat u op een wachtlijst? ☐ Neen ☐ Ja*
Welk orgaan:
89. nier ☐
90. lever ☐
91. hart ☐
92. ander: ..... ☐

P. Hebt u een handicap of bent u invalide? ☐ Neen ☐ Ja*
93. Specifieer: .....

Q. Bent u drager van een prothese of een implantaat? ☐ Neen ☐ Ja*

94. borstprothese	☐ links	☐ rechts
95. knieprothese	☐ links	☐ rechts
96. heupprothese	☐ links	☐ rechts
97. neurostimulator	☐	

98. andere:
.....

R. Zijn er tandbehandelingen lopende, voorzien of aangeraden ? ☐ Neen ☐ Ja*
99. orthodontie ☐
100. parodontologie ☐
101. prothese (bijvoorbeeld vals gebit, kroon, brug of implantaat) ☐

S. Zijn er onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden ? ☐ Neen ☐ Ja*
102. cardiovasculair onderzoek ☐
103. slaaponderzoek (polysomnografie) ☐
104. ander onderzoek:
.....

T. Is er een hospitalisatie voorzien ? ☐ Neen ☐ Ja*
105. indien ja, wanneer en waarvoor ?
.....
.....
.....

4.D. Bijkomende vragenlijst <u>verplicht</u> in te vullen voor een verzekering inkomensverlies of een aanvullende zorgverzekering

1. Bent u reeds langer dan 3 weken arbeidsongeschikt geweest? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Percentage? Periode(s)?
.....

2. Bent u momenteel gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?
.....

3. Bent u momenteel invalide? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?
.....

4. Bent u momenteel zorgbehoevend en/of afhankelijk van de hulp van een derde om activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren? Is dergelijke hulp voorzien of aangeraden? ☐ Neen ☐ Ja
Reden(en)? Voor welke activiteit(en)? Aantal uren hulp per dag?
.....

67115_NL_10_202206

Vergeet niet te tekenen op de volgende bladzijde

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

Specifieke verklaringen van de te verzekeren perso(o)n(en)

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische 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 en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet betreffende de verzekeringen.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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/of de verzekeringstussenpersoon toe een kopie van de polis met vermelding van deze eventuele medische beperkingen of bijpremies te ontvangen. De meegedeelde gegevens op de medische vragenlijst zijn strikt vertrouwelijk en zullen noch aan de verzekeringsbemiddelaar noch aan de verzekeringnemer worden bezorgd.
6. 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®.
7. 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 marketingdoeleinden.
8. 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 – qualitycontrol@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35(Tel. : + 32 (0) 2 547 58 71 - Fax: + 32 (0) 2 275 59 75 – www.ombudsman.as).

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens

1. Uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) worden verwerkt door DKV Belgium N.V., een vennootschap naar Belgisch recht, met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel, België, ingeschreven bij de Kruispuntbank voor Ondernemingen met ondernemingsnummer 0414.858.607, tel: +32(0)22876411.
2. DKV Belgium N.V. hecht veel belang aan uw privacy en zal uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) verwerken in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (EU) 2016/679 (de «AVG») en eventuele nationale wetgeving die is aangenomen op grond van de AVG. DKV Belgium N.V. zal uw persoonsgegevens verwerken in de hoedanigheid van verwerkingsverantwoordelijke.
3. Uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) worden verwerkt door DKV Belgium N.V. in overeenstemming met de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring. De laatste versie van deze verklaring kan u steeds terugvinden op www.dkv.be/privacy.
4. Voorafgaand aan het afsluiten van een verzekeringscontract verwerkt DKV Belgium N.V. uw medische gegevens naar aanleiding van medische vragenlijsten/verzoeken specifiek met het oog op de beoordeling van risico's en geschiktheid tot het afsluiten van het verzekeringscontract. Tijdens de uitvoering van het verzekeringscontract verwerkt DKV Belgium N.V. uw gezondheidsgegevens voor het beheer, de verwerking en de uitvoering van uw dekkingsaanvragen.
5. Voor zover strikt noodzakelijk voor de uitvoering van het verzekeringscontract of het aanbieden van onze dienstverlening aan u, delen wij uw medische gegevens met een beperkt aantal derde partijen. Meer informatie daaromtrent kunt u terugvinden in de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring beschikbaar op www.dkv.be/privacy.
6. DKV Belgium N.V. verwerkt uw medische gegevens onder meer met behulp van geautomatiseerde middelen die voor u rechtsgevolgen kunnen hebben (bijvoorbeeld prijsstelling, risicobeoordeling, schadebehandeling, enz.).
7. Uw medische gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als u geen toestemming geeft, kan het afsluiten en/of de goede uitvoering van het verzekeringscontract worden belemmerd.
8. Eens gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde terug in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, echter onverlet. De intrekking van uw toestemming kan wederom de goede uitvoering van het verzekeringscontract belemmeren.
9. Als u een papieren versie wenst te ontvangen van de laatste versie van de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring, uw rechten wenst uit te oefenen of u vragen, opmerkingen, verzoeken, klachten heeft over deze toestemming of de verwerking van uw persoonsgegevens (met inbegrip van medische gegevens) door DKV Belgium N.V., kunt u contact opnemen met de Functionaris voor gegevensbescherming van DKV Belgium N.V. per post op het adres Loksumstraat 25, 1000 Brussel, België of per e-mail op privacy@dkv.be.

Uw handtekening is VERPLICHT in elk van de onderstaande vakken.

Specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.
Naam, voornaam en handtekening, voor akkoord, van de meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam:..... Voornaam: .....

Verplichte handtekening:

Datum : / /

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens.
Naam, voornaam en handtekening, voor akkoord, van de meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam:..... Voornaam: .....

Verplichte handtekening:

Datum : / /