AANVRAAG TOT OMSCHAKELING VAN PLAN HORIZON NAAR DOELPLAN

Polisnummer: _____ Groepspolisnr.: _____ Inschrijvingsnr.: _____

Medi-Card® nr.: 0 7 3 9 - _____ - __

Voorwaarden tot omschakeling:

- **Doelplan: IS2000 of DKV Hospi Premium aansluitend aan de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het onderschreven Plan Horizon;**
- deze aanvraag wordt ingediend binnen de 105 dagen volgend op het einde van de collectieve hospitalisatieverzekering;
- de aansluiting in verscheidene verzekeringscontracten onderschreven bij verzekeringsmaatschappijen duurde minstens 2 jaar (zonder onderbreking van dekking);
- er is geen onderbreking tussen de groepsdekking en de individuele dekking.

De omschakeling kan slechts uitgevoerd worden na ontvangst van een attest van de verzekeraar van beëindiging van het groepscontract met vermelding van de beëindigingsdatum.
Indien het gaat om een groepscontract bij DKV Belgium N.V., dan is dit attest niet nodig.

1. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst

☐ Met verzekeringstussenpersoon Naam of benaming verzekeringstussenpersoon: _____

Nummer DKV: _____ Nummer FSMA: _____

In hoedanigheid van: ☐ Verzekeringsmakelaar
☐ Verzekeringsagent ☐ verbonden ☐ niet-verbonden
☐ Verzekeringssubagent: handelend onder de verantwoordelijkheid van: _____

De tussenpersoon 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:

_____

☐ Zonder verzekeringstussenpersoon

2. Verzekeringnemer

Naam / voornaam: _____

Straat: _____ Nr. / Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____ Tel.: _____

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

3. Doel van de omschakeling

☐ (pre)pensioen ☐ ontslag door werkgever ☐ vrijwillig ontslag
☐ definitieve terugkeer naar België (vaste woon- en verblijfplaats in België en de kleine en grote risico's bij de wettelijke Belgische ziekteverzekering genieten)
Gelieve ons een attest te bezorgen van zowel het bevolkingsregister als van een aansluiting bij het ziekenfonds.
☐ andere, gelieve te preciseren: _____

4. Keuze van de verzekeringnemer

Gewenste aanvangsdatum: 01 / /

Te verzekeren personen	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Naam + Voornaam				
Geboortedatum	/ /	/ /	/ /	/ /
Statuut ziekenfonds(1)				
Vrijstelling				

[1] 0 = Geen ziekenfonds –2 = Belgisch ziekenfonds – 3 =Europese gemeenschap – 4 =indien ander,welk?

Polis aan: ☐ Verzekeringnemer ☐ Verzekeringsbemiddelaar
Premiebetaling: ☐ Maandelijks (verplichte SEPA-domiciliëring) ☐ Driemaandelijks ☐ Zesmaandelijks (- 1%) ☐ Jaarlijks(- 3%)
Betalingswijze: ☐ SEPA-domiciliëring ☐ Overschrijving ☐ Verzekeringsbemiddelaar

Handtekening van de verzekeringnemer + stempel van de firma:

Datum: ……/……/20…

66 761_NL_6_201605

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 sturen[1].

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 _____
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.

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 referte: (Maximum 35 karakters)

_____

Beschrijving van onderliggend contract: _____

Type betaling: ☒ terugkerend ~~of~~ ☐ ~~eenmalig~~
(mag meerdere malen gebruikt worden) ~~(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

66 623_NL_2_201406