

PLAN Zware Ziekten (ZZ)

VERZEKERINGSVOORSTEL- Administratieve vragenlijst

Naam of benaming van de bemiddelaar _____ Nummer

Verzekeringnemer : Polisnr:

Naam / voornaam: _____

Adres: _____

Gemeente / Postcode/ Land : _____ Tel.: _____

Ja, ik wens mijn contract vanaf 01/.../20... **uit te breiden** voor **alle** verzekerde personen met de optie Zware Ziekten.

Lijst Zware Ziekten: AIDS, Amyotrofische laterale sclerose, Cerebrospinale meningitis, Cholera, Diabetes, Difterie, Encephalitis, Kanker, Leukemie, Malaria, Miltvuur, Mucoviscidose, Multiple sclerose, Nierdialyse, Paratyfus, Poliomyelitis, Progressieve spierdystrofie, Tetanus, Tuberculose, Tyfus, Virale hepatitis, Vlektyfus, *ziekte van:* Parkinson, Hodgkin, Crohn, Pompe, Alzheimer.

Verzekerde personen naam + voornaam	mutualiteitstatuut ¹	geslacht	geboortedatum
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 verzekeringnbemiddelaar
Taal : Frans Nederlands Duits Engels
Premiebetaling : maandelijks (verplichte domiciliëring) 3-maandelijks 6-maandelijks (- 1%) jaarlijks (- 3%)
Betalingswijze : domiciliëring overschrijving verzekeringnbemiddelaar

¹ 0= Geen mutualiteit – 1= Grote risico's– 2= Grote en kleine risico's– 3= Ander, welk ?

✂-----

VERZEKERINGSVOORSTEL- Medische vragenlijst

VERTROUWELIJK

- Indien u het wenst, kan u dit deel van het document losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar de raadsgeneesheer van DKV Belgium: Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke kandidaat-verzekerde die, indien hij dit wenst, bij zijn bemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan bekomen en afzonderlijk terugsturen. **In beide gevallen** dient het polisnummer vermeld te worden, zodat wij de administratieve en de medische vragenlijst met elkaar kunnen linken.

- Gelieve op elke vraag te antwoorden. Antwoorden met streepjes worden beschouwd als negatieve antwoorden. Indien u 'ja' geantwoord hebt op één van de vragen, gelieve ons bijkomende inlichtingen te bezorgen (hiervoor is ruimte voorzien). Deze bijkomende inlichtingen dienen zo volledig mogelijk te zijn teneinde ons toe te laten het risico correct te kunnen beoordelen. Bij gebrek aan ruimte, gelieve een bijblad toe te voegen. Teneinde uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle nuttige in uw bezit zijnde medische documenten bijvoegen.







Polisnr:

Uw huidige waarborg is: IS(B) IS(B)+

PLAN Zware Ziekten	Persoon 1		Persoon 2		Persoon 3		Persoon 4	
Naam - Voornaam								
1. Lijdt u en/of heeft u geleden aan één van de door de waarborg opgesomde zware ziekten?	nee	ja*	nee	ja*	nee	ja*	nee	ja*
2. Is er een behandeling voorzien of ingesteld?	nee	ja*	nee	ja*	nee	ja*	nee	ja*

* Indien ja, welke, wanneer, voor wie ? _____

WAT BIEDEN WIJ ?

Gezondheidsplan	Inkomensverlies
 Hospitalisatieverzekeringen	 Gewaarborgd Inkomen
 Zorgverzekering	 Dagelijkse vergoeding bij werkonbekwaamheid
 Verzekeringen Ambulante Kosten	 Ziekenhuisdagvergoeding



VERZEKERINGSVOORSTEL – Administratieve vragenlijst – Verklaring van de verzekeringnemer

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en een medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium.
2. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald na polisuitgifte, onder voorbehoud dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.
3. Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef de verzekeraar 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 deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
4. Ik bevestig een eensluidend verklaard afschrift van het verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden.
5. Ik weet dat de handtekening op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch de verzekeraar verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel de verzekeraar 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 de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
6. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de polisuitgifte schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.
7. De verzekeringnemer laat toe dat DKV Belgium met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Hij stemt er eveneens in toe dat DKV Belgium aan het ESV Datassur (gevestigd in de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel, dienst 'bestanden') de pertinente persoonsgegevens meedeelt met het oog deze uitsluitend aan te wenden voor de risicobeoordeling en het beheer van contracten en de daaraan verwante schadegevallen. De wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer biedt de verzekeringnemer het recht van toegang tot een aanpassing van deze gegevens bij de houder van het bestand en bij Datassur. Bovendien kan hij het openbaar register raadplegen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
8. Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (Congresstraat 10-16, 1000 Brussel) of de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

Handtekening (+stempel indien firma) van de verzekeringnemer of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

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



VERZEKERINGSVOORSTEL – Medische vragenlijst- VERTROUWELIJK

Verklaring van de te verzekeren perso(o)n(en)

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en een medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium.
2. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, op voorwaarde dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.
3. Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef de verzekeraar 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 deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
4. Ik weet dat de handtekeningen op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch de verzekeraar verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel de verzekeraar 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 de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
5. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de polisuitgifte schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.
6. De verzekerde personen laten toe dat DKV Belgium met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Ze stemmen er eveneens in toe dat DKV Belgium aan het ESV Datassur (gevestigd in de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel, dienst 'bestanden') de pertinente persoonsgegevens meedeelt met het oog deze uitsluitend aan te wenden voor de risicobeoordeling en het beheer van contracten en de daaraan verwante schadegevallen. De wet op bescherming van de persoonlijke levenssfeer biedt de verzekerde personen het recht van toegang tot een aanpassing van deze gegevens bij de houder van het bestand en bij Datassur. Bovendien kunnen ze het openbaar register raadplegen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
7. Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (Congresstraat 10-16, 1000 Brussel) of de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.

Handtekening van de meerderjarige te verzekeren perso(o)n(en) of zijn/hun wettelijke vertegenwoordiger:

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

Bericht van domiciliëring:

Polisnummer:

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming: _____
machtig DKV Belgium (identificatienr.: 0000059188) 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, of de kosten die uitgesloten zijn van de waarborg, door het debet van het rekeningnummer: - -

Handtekening + stempel indien firma

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