

PLAN Zware Ziekten (ZZ)

VERZEKERINGSVOORSTEL- Administratieve vragenlijst

Naam of benaming van de verzekeringbemiddelaar _____ Nummer

Verzekeringnemer: Polisnr:

Naam / voornaam: _____

Adres: _____

Gemeente / Postcode/ Land: _____ Tel.: _____

Ja, ik wens mijn contract **uit te breiden** voor **alle** verzekerde personen met de optie Zware Ziekten en dit vanaf de eerste van de maand van ontvangst bij DKV.

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	Statuut ziekenfonds 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 Verzekeringbemiddelaar
Taal: Nederlands Frans Duits Engels
Premiebetaling: Maandelijks (verplichte SEPA-domiciliëring) Driemaandelijks Zesmaandelijks (- 1%) Jaarlijks (- 3%)
Betalingswijze: SEPA-domiciliëring Overschrijving Verzekeringbemiddelaar

Statuut ziekenfonds:
¹ 0 = Geen ziekenfonds – 2 = Grote en kleine risico's – 3 = Europese gemeenschap. Indien 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 N.V.: Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke kandidaat-verzekerde die, indien hij dit wenst, bij zijn verzekeringsbemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan opvragen, invullen en afzonderlijk terugsturen. **In beide gevallen** dient het polisnummer vermeld te worden, zodat wij de administratieve en de medische vragenlijst met elkaar kunnen linken.
- De wet bepaalt dat de verzekeringnemer verplicht is, om bij het afsluiten van het contract nauwkeurig alle hem gekende elementen te melden en dat hij deze dient te beschouwen als noodzakelijk voor de verzekeraar om het risico te kunnen beoordelen. Deze medische antecedenten zijn voor DKV Belgium N.V. noodzakelijk om het risico te kunnen beoordelen en dienen volledig te zijn.
- De meegedeelde medische informatie wordt behandeld overeenkomstig de regelgeving m.b.t. de bescherming van de privésfeer en van het medisch geheim.
- U kan ons steeds alle documenten toesturen die ons helpen bij de beoordeling van het risico.
- Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in uw verklaringen kan leiden tot het annuleren van de onderschreven waarborgen met behoud van de betaalde premies, overeenkomstig de bepalingen in artikel 6 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

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 ?

Gezondheidsplannen	Plannen Inkomensverlies
Hospitalisatieverzekeringen	Inkomensverlies
Zorgverzekering	
Verzekering ambulante kosten	

VERZEKERINGSVOORSTEL – Administratieve vragenlijst – 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 op de landverzekeringsovereenkomst.
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 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.
3. 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.
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, 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.
5. 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.
6. Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. 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. Ik verklaar op de hoogte te zijn van het recht om me te verzetten –op verzoek en gratis– tegen de behandeling van persoonlijke gegevens voor promotiedoeleinden; er bestaat een toegangsrecht en een rechtzittingsrecht wat deze gegevens betreft.
7. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.
8. 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 14 werkdagen na de kennisgeving door DKV Belgium N.V.
9. Ik geef DKV Belgium N.V. uitdrukkelijk de toestemming om mijn gegevens betreffende de gezondheid te verwerken overeenkomstig de wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Handtekening van de verzekeringnemer of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

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

✂ VERZEKERINGSVOORSTEL – Medische vragenlijst- Verklaringen van de te verzekerden perso(o)n(en)

VERTROUWELIJK

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 op de landverzekeringsovereenkomst.
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 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.
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. 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.
5. Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. 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. Ik verklaar op de hoogte te zijn van het recht om me te verzetten –op verzoek en gratis– tegen de behandeling van persoonlijke gegevens voor promotiedoeleinden; er bestaat een toegangsrecht en een rechtzittingsrecht wat deze gegevens betreft.
6. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be of in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.
7. Ik geef DKV Belgium N.V. uitdrukkelijk de toestemming om mijn gegevens betreffende de gezondheid te verwerken overeenkomstig de wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Handtekening van elke meerderjarige te verzekerden persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

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

