

Verzekeringsvoorstel



ADMINISTRATIEVE VRAGENLIJST

Gelieve alle onderstaande vragen **correct en volledig** te beantwoorden.

Nr. verzekeringsbemiddelaar:

Nr. accountmanager:

Naam / stempel verzekeringsbemiddelaar:

Polisnr.:

Referte:

1. VERZEKERINGNEMER (Gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Mr Mej Mevr Firma

Naam of benaming:

Voornaam:

Straat:

Nummer: Bus: Postcode:

Gemeente: Land:

Telefoon / GSM:

E-mailadres:

IBAN nr: - - - BIC nr:

Ondernemingsnr.:

POLIS AAN:

BRIEFWISSELING AAN:

TAALCODE:

Verzekeringnemer

Verzekeringnemer

Nederlands

Duits

Verzekeringsbemiddelaar

Verzekeringsbemiddelaar

Frans

Engels

PREMIEBETALING: Maandelijks (verplichte SEPA-domiciliëring)

Driemaandelijks

Zesmaandelijks (-1%)

Jaarlijks (-3%)

BETALINGSWIJZE: SEPA-domiciliëring

Overschrijving

Verzekeringsbemiddelaar

2. GEGEVENS BETREFFENDE DE TE VERZEKEREN PERSONEN

	Persoon 1				Persoon 2				Persoon 3				Persoon 4			
Naam																
Voornaam																
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)																
Geslacht	M	V			M	V			M	V			M	V		
Taalcode	N	F	D	E	N	F	D	E	N	F	D	E	N	F	D	E
Burgerlijke staat ⁽¹⁾	A	G	S		A	G	S		A	G	S		A	G	S	
Hoofdberoep																
Nevenactiviteit																
Amateursport																
Beroepssport																
Sociaal statuut ⁽²⁾	A	B	Z	Amb	A	B	Z	Amb	A	B	Z	Amb	A	B	Z	Amb
	Ander:				Ander:				Ander:				Ander:			
Statuut ziekenfonds ⁽³⁾	0	2	3		0	2	3		0	2	3		0	2	3	
	Ander:				Ander:				Ander:				Ander:			

⁽¹⁾ Burgerlijke staat: A = Alleenstaand - G = Gehuwd - S = Samenwonend

⁽²⁾ Sociaal statuut: A = Arbeider - B = Bediende - Z = Zelfstandige - Amb = Ambtenaar - Indien ander, welk?

⁽³⁾ Statuut ziekenfonds: 0 = Geen ziekenfonds - 2 = Grote en kleine risico's - 3 = Europese Gemeenschap - Indien ander, welk?

Ga verder op keerzijde

3. WAARBORGKEUZE**3.1. GEZONDHEIDSPANNEN** (Indien plan Horizon, plan Tandzorg of de optie Zware Ziekten, gelieve het daartoe bestemde verzekeringsvoorstel te gebruiken)

	Persoon 1			Persoon 2			Persoon 3			Persoon 4		
	Keuze			Keuze			Keuze			Keuze		
Verzekeringsplannen												
Begin 01 (maand/jaar)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vrijstelling												

3.2. PLAN ZORGVERZEKERING

	Persoon 1				Persoon 2				Persoon 3				Persoon 4			
Kies de formule:	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Comfort	<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Comfort	<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Comfort	<input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Comfort	<input type="checkbox"/> Top
Optie Exo (premie vrijstelling):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Begin 01 (maand/jaar)	/				/				/				/			

3.3. PLANNEN 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)

Kandidaat-verzekerde: Naam: _____ Voornaam: _____

Begin 01 (maand/jaar): _____ / _____

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

Nauwkeurige beschrijving van de beroepsactiviteiten: _____

Begindatum beroepsactiviteit onder het statuut van zelfstandige: _____

Professionele verplaatsing buiten België en binnen E.U.: Ja Neen Professionele verplaatsing buiten E.U.: Ja Neen

Indien ja, naar welke landen? _____ Indien ja, naar welke landen? _____

Begunstigde van de vergoedingen: Verzekeringnemer Verzekerde Firma Andere

Indien firma of andere: Naam of benaming: _____ Voornaam: _____ Adres: _____

3.4. REEDS BESTAANDE OF VROEGERE POLIS BIJ ANDERE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ / ZIEKENFONDS / DKV Nee Ja, polisnr.: _____ Type: _____ Bij: _____ Lopende Beëindigd Groepspolis Indiv. contract Kapitaal of rente indien dekking Inkomensverlies: _____**VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER**

- 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.
- 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.
- 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 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 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®.
- Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij er bovendien toe elke wijziging van mijn sociaal statuut en mijn ziektenwetgeving aan DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk mee te delen. In geval van het onderschrijven van een plan van het type 'inkomensverlies' bij DKV Belgium N.V., verbind ik mij er bovendien toe DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging m.b.t. de verzekerde beroepsactiviteiten. Indien een Plan GI onderschreven wordt voor een andere duur dan de eendjarige termijn van 65 jaar, bevestig ik dat dit op mijn eigen aanvraag is gebeurd en overeenstemt met mijn wensen.
- Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België te Bischoffshoeflaan 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 rechtzettingrecht wat deze gegevens betreft.
- 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.
- 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.
- 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 van zijn
wettelijke vertegenwoordiger:

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

Verzekeringsvoorstel



MEDISCHE VRAGENLIJST – VERTROUWELIJK

Gelieve alle onderstaande vragen **correct en volledig** te beantwoorden.

Polisnr.:

1. VERZEKERINGNEMER (Gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Naam of benaming:	<input type="text"/>	Voornaam:			<input type="text"/>
Straat:	<input type="text"/>	Nummer:	Bus:	Postcode:	<input type="text"/>
Gemeente:	<input type="text"/>	Land:	<input type="text"/>	Telefoon / GSM:	<input type="text"/>

2. GEGEVENS BETREFFENDE DE TE VERZEKEREN PERSONEN

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Naam	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voornaam	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr./bus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3a. MEDISCHE VRAGENLIJST VAN DE TE VERZEKEREN PERSONEN - RICHTLIJNEN

- Gelieve elke vraag te beantwoorden door het vakje 'ja' of 'nee' te omcirkelen en ook bij de vragen 5.1, 5.2, 5.3, 6.2, 7 en 10 een cijfer in te vullen. Gebruik punt 3b op de keerzijde voor bijkomende informatie en voor de vragen waarop u met 'ja' geantwoord hebt.
- De antwoorden op de vragen van de rubrieken 3a en 3b en meer bepaald de vermelde periodes, zijn het noodzakelijke minimum voor de verzekeraar en dienen bovendien om u te helpen bij de spontane en volledige aangifte van de medische antecedenten van de te verzekeren personen. 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 (zie o.a vraag 9 van de rubriek 3a). 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.
- De meegeleverde 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.

	Persoon 1		Persoon 2		Persoon 3		Persoon 4	
1. Werd u in de loop van de laatste 7 jaar in een ziekenhuis (inclusief dagziekenhuis) opgenomen?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
2. Hebt u gedurende de laatste 3 jaar ziekten, ongevallen, behandelingen of symptomen gehad, waarvoor geen ziekenhuisopname plaatsvond (inclusief tandheelkunde)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.1. Lijdt u aan een handicap of een chronische ziekte?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.2. Zijn er afwijkingen vastgesteld bij medische onderzoeken (bijv. bloed- of hartonderzoeken, medische beeldvorming zoals Röntgenfoto's, CT-scan, NMR, echografie, ...)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.1. Neemt u geneesmiddelen? Welke? Om welke redenen?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.2. Hebt u de jongste 12 maanden een dieet, een kinesitherapeutische, logopedische, psychotherapeutische, homeopathische, acupunctuur-, chiropractische of osteopathische behandeling gevolgd?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.3. Volgt u momenteel een onderzoek of een behandeling al dan niet in een ziekenhuis? Is een onderzoek of behandeling voorzien of aangeraden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
5.1. Bent u reeds langer dan 3 weken arbeidsongeschikt geweest? Reden(en)? Percentage? Periode(s)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
5.2. Bent u momenteel gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt? Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
5.3. Bent u momenteel invalide? Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
6.1. Volgt u momenteel een tandbehandeling (incl. orthodontie, stomatologische of parodontologische behandeling) al dan niet in een ziekenhuis? Is een dergelijke behandeling voorzien of aangeraden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
6.2. Werden er bij u tanden vervangen, of ontbreken er tanden? Zo ja, hoeveel tanden werden vervangen/ontbreken er, al dan niet volledig (kronen, bruggen, implantaten)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7. 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? Reden(en)? Voor welke activiteit(en)? Aantal uren hulp per dag?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
8. Bent u momenteel zwanger?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
9. Hebt u nog andere inlichtingen betreffende uw gezondheidstoestand te melden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
10. Wat is op dit ogenblik uw grootte en uw gewicht? Bij zwangerschap, gelieve uw gewicht net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden.	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg

Ga verder op keerzijde

3b. NADERE GEGEVENS OMTRENT DE ANTWOORDEN VAN DE MEDISCHE VRAGENLIJST (vraag 1 t.e.m. 10)

	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.		Huidige gezondheidstoestand: preciezer elk(e) onderzoek en/of behandeling, voorzien of aangeraden, blijvend letsel, arbeidsongeschiktheid en/of fysiologische of economische invaliditeit. Vermeld de toegekende of voorziene percentages.
		VAN	TOT	
Persoon 1 Vraag nr.:				
Persoon 2 Vraag nr.:				
Persoon 3 Vraag nr.:				
Persoon 4 Vraag nr.:				

4. VERSTUREN VAN DE MEDISCHE VRAGENLIJST

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 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 verkrijgen en afzonderlijk terugsturen.

VERKLARINGEN VAN DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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®.
- Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij ertoe elke wijziging van mijn sociaal statuut en het statuut van mijn ziekenfonds aan DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk mee te delen. In geval van het onderschrijven van een plan van het type 'inkomensverlies' bij DKV Belgium N.V., verbind ik mij ertoe DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging m.b.t. de verzekerde beroepsactiviteiten. 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.
- 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 rechtzettingsrecht wat deze gegevens betreft.
- 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.
- 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 verzekeren persoon of van zijn wettelijke vertegenwoordiger:

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

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 sturen¹.

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 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



Bijna 2 miljoen verzekerden. Bedankt voor het vertrouwen.



hospitalisatie

ambulante kosten

inkomensverlies

zorgverzekering

tandzorg

De beste zorgen. Levenslang.

www.dkv.be