

Verzekeringsvoorstel



ADMINISTRATIEVE VRAGENLIJST

Nummer:

BEMIDDELAAR:

Naam / stempel bemiddelaar: _____

Referte: _____

ACCOUNT MANAGER:

POLISNUMMER:

1. VERZEKERINGNEMER (Gelieve het officiële (firma)adres van de verzekeringnemer te vermelden)

Mr Mej Mevr Firma

Naam of benaming:

Voornaam:

Straat:

Nummer: Bus: Postcode:

Gemeente / Land:

E-mail adres:

Te bereiken op telefoonnr.:

Faxnr.:

Rekeningnr.: - -

POLIS AAN:

Verzekeringnemer
Verzekeringsbemiddelaar

BRIEFWISSELING AAN:

Verzekeringnemer
Verzekeringsbemiddelaar

TAALCODE:

Nederlands Duits
Frans Engels

PREMIEBETALING: Maandelijks (verplichte bankdomiciliëring) Driemaandelijks Zesmaandelijks (-1%) Jaarlijks (-3%)
BETALINGSWIJZE: Bankdomiciliëring Overschrijving Verzekeringsbemiddelaar

GEWENST POLISBEGIN: 01/___/20___

2. GEGEVENS BETREFFENDE DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

	Persoon 1					Persoon 2					Persoon 3					Persoon 4				
Naam																				
Voornaam																				
Geboortedatum																				
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⁾	GH GS O S W					GH GS O S W					GH GS O S W					GH GS O S W				
Hoofdberoep																				
Nevenactiviteit																				
Amateursport																				
Beroepssport																				
Sociaal statuut ⁽²⁾	A B Z Amb					A B Z Amb					A B Z Amb					A B Z Amb				
Mutualiteitstatuut ⁽³⁾	Ander: 0 1 2 3					Ander: 0 1 2 3					Ander: 0 1 2 3					Ander: 0 1 2 3				

(1) Burgerlijke staat: GH = Gehuwd - GS = Gescheiden - O = Ongehuwd - S = Samenwonend - W = Weduw(e)naar

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

(3) Mutualiteitstatuut: 0 = Geen mutualiteit - 1 = Grote risico's - 2 = Grote en kleine risico's - 3 = Europese Gemeenschap - Indien ander, welk?

Soorten waarborgen DKV (Gelieve uw keuze kenbaar te maken in de rubrieken 3.1 en 3.2)

Gezondheidsplannen:

- Hospitalisatieverzekering
- Verzekering ambulante kosten
- Zorgverzekering
- Dagelijkse vergoeding

Inkomensverlies:

- Gewaarborgd Inkomen

3. WAARBORGKEUZE

3.1 GEZONDHEIDSPANNEN (Indien plan Horizon, gelieve het daartoe bestemde verzekeringsvoorstel te gebruiken)

	Persoon 1			Persoon 2			Persoon 3			Persoon 4		
	Keuze			Keuze			Keuze			Keuze		
Verzekeringsplan												
Begin 01 (maand/jaar)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vrijstelling												
Verzekerd kapitaal (Plan H / Plan H+)												
Daggeld (Dagelijkse vergoeding)												
Carenz (Dag. vergoed. bij werkonbekwaamheid)												

3.2 GEWAARBORGD INKOMEN (voor een snelle afhandeling van uw dossier, kan u een kopie van uw laatste 3 aanslagbiljetten bijvoegen)

Naam: Voornaam:

Begin 01 (maand/jaar)	/	Soort rente:	Eindleeftijd:	Verzekerd risico:	Nauwkeurige beschrijving van de activiteiten voor hoofd- en bijberoep:
Jaarrente:		<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> 55 jaar	<input type="checkbox"/> Ziekte	
Carenz <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365		<input type="checkbox"/> Stijgende	<input type="checkbox"/> 60 jaar	<input type="checkbox"/> Ziekte en privé- ongevallen	
Afkoop carenz van 30 dagen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Geïndexeerde	<input type="checkbox"/> 65 jaar	<input type="checkbox"/> Ziekte en alle ongevallen	

Begunstigde van de vergoedingen: Verzekeringnemer Verzekerde Andere: _____

Begindatum beroepsactiviteit onder het statuut van zelfstandige:

3.3 REEDS BESTAANDE OF VROEGERE POLIS BIJ ANDERE MAATSCHAPPIJ / MUTUALITEIT / DKV

Nee Ja, polisnr.: _____ Bij: _____ Type: _____
 Lopende Beëindigd Groepspolis Indiv. contract Kapitaal of rente indien invalid. verz.: _____

4. TER ATTENTIE VAN GEHUWDE OF SAMENWONENDE VROUWEN JONGER DAN 35 JAAR enkel indien zij zich ZONDER hun echtgenoot (partner) wensen te verzekeren voor een hospitalisatieplan ter aanvulling van de mutualiteit:

- Indien het verzekeringsplan van mijn echtgenoot/partner aanvang neemt op DEZELFDE datum, ben ik, zonder meerpremie, na de wachttijd van 9 maanden voor bevalling verzekerd.
- Indien het verzekeringsplan van mijn echtgenoot/partner geen aanvang neemt op DEZELFDE datum, zal de waarborg bevalling gedekt zijn na de wachttijd van 9 maanden en op basis van een meerpremie van 50%.

VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

- 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 N.V.
- De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald na polisuitgifte, **onder voorbehoud dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.**
- 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.
- 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.
- 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 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 de verzekeraar mede te delen.
- Ik verbind mij er toe tijdens het gebruik van de Medi-Card® de algemene voorwaarden verbonden aan de Medi-Card® na te leven die ik zal ontvangen samen met de kaart. Bij het aanwenden van de Medi-Card®, blijven volgende kosten te mijnen laste en ik verbind mij er toe deze kosten terug te betalen aan de verzekeraar: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten m.b.t. verzekeringsgevallen die niet gedekt zijn door de waarborg. De Medi-Card® geeft geen recht op gebruik vóór de begindatum van het verzekeringsplan voorzien in de polis, ongeacht de datum waarop de Medi-Card® is afgeleverd. Bij gebruik van de Medi-Card® vóór de betaling van de eerste premie en vóór de datum waarop de eventuele wachttijden verstreken zijn, erken ik de kosten verschuldigd te zijn die de verzekeraar aan het ziekenhuis heeft betaald. Bij misbruik van de kaart, weet ik dat het gebruik er van kan worden ingetrokken. Bij het gebruik van de Medi-Card® geef ik DKV Belgium N.V. alsook het ziekenhuis toelating om facturatiebestanden onderling elektronisch door te geven voor zover een overeenkomst hiervoor tussen beide instellingen afgesloten is.
- 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.
- Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan 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 van zijn wettelijke vertegenwoordiger:

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

Bericht van domiciliëring:

Polisnr.:

Handtekening + stempel indien firma:

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming _____
machtig DKV Belgium N.V. (identificatienr. 00000059188) 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 mijn rekeningnr.: - -

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

MEDISCHE VRAGENLIJST - VERTROUWELIJK

Belangrijke mededelingen:

- 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 bemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan bekomen en afzonderlijk terugsturen. In beide gevallen dient hieronder vermelde rubriek 1 eveneens vervolledigd te worden, zodat wij de administratieve en de medische vragenlijst met elkaar kunnen linken. Rubriek 5 stelt ons in staat, uit respect voor het vertrouwelijk karakter, de kandidaat-verzekerde rechtstreeks te benaderen, indien zijn gezondheidstoestand bijkomende inlichtingen vereist die nodig zijn om het risico te kunnen beoordelen.
- Gelieve op elke vraag van rubriek 2 te antwoorden door het vakje 'ja' of 'nee' te omcirkelen en uw huidige grootte en gewicht te vermelden. Antwoorden met streepjes worden beschouwd als negatieve antwoorden. Rubriek 3 dient om nadere toelichting te verstrekken indien u 'ja' geantwoord hebt op één van de vragen van rubriek 2. Deze bijkomende inlichtingen dienen zo volledig mogelijk te zijn teneinde ons toe te laten het risico correct te kunnen beoordelen.
- Indien onvoldoende plaats voorhanden is, 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.:

1. VERZEKERINGNEMER (Gelieve het officiële (firma)adres van de verzekeringnemer te vermelden)

Naam of benaming:

Voornaam:

Straat:

Nummer:

Bus:

Postcode:

Gemeente / Land:

Te bereiken op telefoonnr.:

2. MEDISCHE VRAGENLIJST

Persoon 1: Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum:

Persoon 2: Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum:

Persoon 3: Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum:

Persoon 4: Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum:

	Persoon 1		Persoon 2		Persoon 3		Persoon 4	
1. Bent u in de loop van de laatste 7 jaar één of meerdere dagen gehospitaliseerd geweest?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
2. Ziekte, ongevallen of behandelingen (inclusief tandheelkunde) gedurende de laatste 3 jaar?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.1 Werd een aangeboren, een chronische aandoening of een handicap vastgesteld?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.2 Werden er bij bloed- of hartonderzoek (inclusief HIV en hepatitis), of bij medische beeldvorming (RX, scanner, NMR, enz.) afwijkingen of aandoeningen vastgesteld?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.1 Bent u in medicamenteuse behandeling voor een ongeval of ziekte?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.2 Hebt u, in het kader van een aandoening of van een wijziging van uw gezondheidstoestand, de laatste 12 maanden een dieet, een osteopathische, een chiropractische, een acupunctuur, kinesitherapeutische of logopedische behandeling gevolgd?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.3 Volgt u momenteel een ambulante of ziekenhuisbehandeling (onderzoek of operatie)? Is een dergelijke behandeling lopend, voorzien of aangeraden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
5. Bent u reeds langer dan 3 weken werkonbekwaam geweest?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
6. Bent u geheel of gedeeltelijk invalide door ziekte of ongeval? Waarvoor? Sinds wanneer? Welk percentage?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.1 Volgt u momenteel een ambulante of stationaire (in het ziekenhuis) stomatologische behandeling of tandbehandeling? Is een dergelijke behandeling lopend, voorzien of aangeraden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7.2 Werden er natuurlijke tanden vervangen of ontbreken er? Indien ja, hoeveel gedeeltelijk of geheel vervangen en/of ontbrekende natuurlijke tanden (behalve wijsheidstanden)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
8. Hebt u hulp nodig van een derde voor het uitvoeren van de handelingen in het dagelijkse leven? Indien ja, waarom?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
9. Bent u zwanger?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
10. Huidige grootte en gewicht?	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
11. Hebt u nog andere inlichtingen omtrent uw gezondheidstoestand te melden (zie rubriek 4 'bijkomende verklaringen')?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

3. NADERE GEGEVENS OMTRENT DE MEDISCHE VRAGENLIJST (vraag 1 t.e.m. 11)

	Aard van de aandoening, de kwetsuren, de misvorming, de handicap, de afwijking, de medische behandeling, de werkonbekwaamheid:	Periode van hospitalisatie, werkonbekwaamheid, medische behandeling:		Volledige naam en adres van de geneesheer en de ziekenhuizen die inlichtingen kunnen verstrekken:	Zijn er andere behandelingen voorzien? Zijn er blijvende letsels? Zo ja, welke?
		VAN	TOT		
Persoon 1 Vraag nr.:					
Persoon 2 Vraag nr.:					
Persoon 3 Vraag nr.:					
Persoon 4 Vraag nr.:					

4. BIJKOMENDE VERKLARINGEN

De antwoorden op de vragen opgenomen in de rubrieken 2 en 3 en meer bepaald omtrent de gevraagde periodes, **zijn noodzakelijk als minimuminformatie voor de verzekeraar, en zijn van belang om u te oriënteren** bij de spontane en volledige mededeling van medische antecedenten van de te verzekeren personen. De wet voorziet dat de verzekeringnemer bij het afsluiten van de overeenkomst de verplichting heeft om alle hem gekende omstandigheden precies mee te delen die hij redelijkerwijze dient te beschouwen als bepalend bij de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Het geheel van medische antecedenten van de te verzekeren personen houdt voor DKV Belgium N.V. beoordelings-elementen in omtrent het risico. Zij dienen bijgevolg volledig meegedeeld te worden.

5. ADRES VAN DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

Persoon 1: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____ Persoon 3: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: Gemeente: _____ Postcode: Gemeente: _____

Persoon 2: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____ Persoon 4: Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: Gemeente: _____ Postcode: Gemeente: _____

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

- 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 N.V.
- De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, **op voorwaarde dat de maatschappij de administratieve en de medische vragenlijst voorafgaandelijk ontvangen heeft.**
- 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.
- 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 het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
- Ik verbind mij er toe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de uitgifte van de polis schriftelijk aan de verzekeraar mede te delen.
- Ik verbind mij er toe tijdens het gebruik van de Medi-Card® de algemene voorwaarden verbonden aan de Medi-Card® na te leven die ik zal ontvangen samen met de kaart. Bij het aanwenden van de Medi-Card®, blijven volgende kosten te mijnen laste en ik verbind mij er toe deze kosten terug te betalen aan de verzekeraar: de vrijstelling, de niet-medische kosten en de kosten m.b.t. verzekeringsgevallen die niet gedekt zijn door de waarborg. De Medi-Card® geeft geen recht op gebruik vóór de begindatum van het verzekeringsplan voorzien in de polis, ongeacht de datum waarop de Medi-Card® is afgeleverd. Bij gebruik van de Medi-Card® vóór de betaling van de eerste premie en vóór de datum waarop de eventuele wachttijden verstreken zijn, erken ik de kosten verschuldigd te zijn die de verzekeraar aan het ziekenhuis heeft betaald. Bij misbruik van de kaart, weet ik dat het gebruik er van kan worden ingetrokken. Bij het gebruik van de Medi-Card® geef ik DKV Belgium N.V. alsook het ziekenhuis toelating om facturatiebestanden onderling elektronisch door te geven voor zover een overeenkomst hiervoor tussen beide instellingen afgesloten is.
- 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.
- Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst kan worden gericht aan 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 van zijn/hun wettelijke vertegenwoordiger:

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