

Verzekeringsvoorstel



ADMINISTRATIEVE VRAGENLIJST

Nummer:

Bemiddelaar:

Accountmanager:

Naam / stempel bemiddelaar: _____

Polisnummer:

Referte: _____

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:

Te bereiken op telefoonnr.:

E-mail adres:

BTWnr.:

Ondernemingsnr.:

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	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			
Mutualiteitstatuut ⁽³⁾	Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>						
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>				Ander: <input type="text"/>						

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

(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



Zorgverzekering



Verzekering ambulante kosten



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)												
Karentie (Dag. vergoed. bij werkonbekwaamheid)												

3.2 GEWAARBORGD INKOMEN (voor een snelle afhandeling van uw dossier, voeg een kopie van uw laatste 3 aanslagbiljetten bij)

Naam: Voornaam:

Begin 01 (maand/jaar)	/	Soort rente:	Eindleeftijd:	Verzekerd risico:
Jaarrente:		<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> 55 jaar	<input type="checkbox"/> Ziekte
Karentie <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 karentie 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

Nauwkeurige beschrijving van de te verzekeren beroepsactiviteit:

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.: _____

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 de verzekeraar van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform artikel 138 bis-6 van de wetwijziging van 20/07/2007 op de landverzekeringsovereenkomst.
- 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 of 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.
- Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij er toe de verzekeraar, verbind ik mij er toe de verzekeraar onmiddellijk en schriftelijk mee te delen. In geval van het onderschrijven van een plan van het type 'arbeidsongeschiktheid' bij de verzekeraar, verbind ik mij er toe de verzekeraar onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging die zich voordoet zowel in het uitgeoefende beroep als in het beroepsinkomen.
- 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 het verzekeringscontract 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. 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 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: 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 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 bijkomende inlichtingen vereist 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 volledig 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 VAN DE TE VERZEKEREN PERSO(O)N(EN)

Persoon 1: Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum:

Persoon 3: Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum:

Persoon 2: 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 in een ziekenhuis (inclusief dagziekenhuis) opgenomen geweest?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
2. Hebt u gedurende de laatste 3 jaar ziekten (of symptomen ervan), ongevallen of behandelingen (inclusief tandheelkunde) gehad?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.1 Lijdt u aan een aangeboren aandoening, een chronische ziekte of een handicap?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
3.2 Hebt u medische onderzoeken ondergaan (bijv. bloed - of hartonderzoeken, medische beeldvorming zoals RX, CT-scan, NMR, echo) waarbij afwijkingen werden vastgesteld?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.1 Neemt u geneesmiddelen? Welke?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
4.2 Hebt u de laatste 12 maanden een dieet, een kinesitherapeutische, een logopedische of een psychotherapeutische behandeling gevolgd? Bent u tijdens deze periode behandeld met acupunctuur, chiropraxie of osteopathie?	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?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
5.2 Bent u momenteel geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of invalide? Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
6.1 Volgt u momenteel een tandbehandeling (incl. orthodontie) of stomatologische behandeling - al dan niet in een ziekenhuis? Is een dergelijke behandeling voorzien of aangeraden?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
6.2 Hebt u tanden die vervangen zijn of die ontbreken? Hoeveel - gedeeltelijk of volledig - vervangen en/of ontbrekende tanden zijn er (wijsheidstanden niet meegeteld)?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
7. Hebt u hulp van derden nodig om activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren? Is dergelijke hulp voorzien of aangeraden? Reden(en)? Voor welke activiteiten? 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. Wat is op dit ogenblik uw grootte en uw gewicht?	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
10. Hebt u nog andere inlichtingen betreffende uw gezondheidstoestand te melden (zie rubriek 4 'bijkomende inlichtingen')?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

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

	Aard van de ziekte, het symptoom, het ongeval, de handicap, het onderzoek, de behandeling, de arbeidsongeschiktheid, de hulp van derden.	Periode van behandeling, opname, arbeidsongeschiktheid, hulp van derden.		Zijn er: onderzoeken en/of behandelingen voorzien of aangeraden; blijvende letsels; arbeidsongeschiktheid en/of fysiologische of economische invaliditeit? (met vermelding van de toegekende of voorziene percentages)
		VAN	TOT	
Persoon 1 Vraag nr.:				
Persoon 2 Vraag nr.:				
Persoon 3 Vraag nr.:				
Persoon 4 Vraag nr.:				

4. BIJKOMENDE INLICHTINGEN

- 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 het contract 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. beoordelingselementen in omtrent het risico. Zij dienen bijgevolg volledig meegedeeld te worden.
- Alle verstrekte medische gegevens worden verwerkt conform de regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de regelgeving betreffende de bescherming van het medisch geheim.

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)

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 de verzekeraar van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform artikel 138 *bis*-6 van de wetwijziging van 20/07/2007 op de landverzekeringsovereenkomst.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 of 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.
6. Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij er toe elke wijziging op niveau van het sociaal statuut en het mutualiteitstatuut aan de verzekeraar onmiddellijk en schriftelijk mee te delen. In geval van het onderschrijven van een plan van het type 'arbeidsongeschiktheid' bij de verzekeraar, verbind ik mij er toe de verzekeraar onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging die zich voordoet zowel in het uitgeoefende beroep als in het beroepsinkomen.
7. Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimaan 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.
8. Elke klacht over het verzekeringscontract 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:/...../.....