

■ **Verzekeringsvoorstel - Medische vragenlijst**

Hospitalisatie - Medi-Assistance - DELTA

Verzekeringsvoorstel

AG Care Hospitalisatie

Gelieve dit document in drukletters in te vullen

Exemplaar maatschappij

Betreft het een nieuwe zaak ?
 een bestaand contract ? contractnr. :

Producent / Rekeningnr. : CBFA-nr. : Benaming :
 Ref. Producent : Telefoon : Fax :
 Adres :

Bestemming stukken : Producent Verzekeringnemer Betreft dit een verkoop op afstand ? Neen Ja

1 Identiteit

Verzekeringnemer Dhr. Mw. Mej. Dhr. en Mw.
 Naam of rechtsvorm : Voornaam of maatschappelijke benaming :
 Straat : nr : Bus : BTW-nr.:
 Postnummer : Plaats : Geboortedatum :
 Telefoon : Fax : Taal :

Indien er meer dan 4 verzekerden zijn,
 gelieve een nieuw document te gebruiken

Te verzekerden personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)

	1	2	3	4
Naam	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□
Burgerlijke staat	.....	.....	.....	.....
Adres (indien verschillend van de verzekeringnemer)	.....	.....	.....	.....
Beroep	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met eerste verzekerde	.....	.....	.....	.....
Aangesloten bij een ziekenfonds ?	<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
Is/Was de verzekerde elders verzekerd ?	<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
Indien ja, waar en tot wanneer ?	.....	.....	.....	.....

2 Gekozen waarborgen

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding) : / /

Gewenste jaarvervaldag : / /

Raadpleeg het tariefblad voor de eventuele premiereducties of -toeslagen alsook het document 'overzicht algemene ziekenhuizen'.

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten) JA NEEN
- **DELTA** JA NEEN
- Medi-Assistance JA NEEN
- Ziekenhuissegmentering: (kruis uw voorkeur aan)
 - AG Care met ziekenhuissegmentering
 - Universitaire Hospitalen (afkoop persoonlijk aandeel, aangeduid met (U) in het 2^{de} deel van de lijst van algemene ziekenhuizen)
 - AG Care zonder ziekenhuissegmentering (AG Care SL)
- Vision ? (aanvulling op uw collectieve hospitalisatieverzekering) JA NEEN

Welke vrijstelling (bedragen aan index 100)? 0 EUR 74,37 EUR 123,95 EUR 247,89 EUR andere :

3 Betalingswijze

jaarlijks halfjaarlijks driemaandelijks maandelijks
 Betaling verricht : via de makelaar aan AG Insurance per giro
 aan AG Insurance door bankdomiciliëring (gelieve het bericht van domiciliëring in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Care)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door AG Insurance verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving met het oog op de doeleinden die bepaald zijn in de algemene voorwaarden.

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de informatie op de keerzijde van dit document.

Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen :

Datum

Handtekening

Verzekeringsvoorstel

AG Care Hospitalisatie

Gelieve dit document in drukletters in te vullen

Exemplaar cliënt

Betreft het een nieuwe zaak ?
 een bestaand contract ? contractnr. :

Producent / Rekeningnr. : CBFA-nr. : Benaming :

Ref. Producent : Telefoon : Fax :

Adres :

Bestemming stukken : Producent Verzekeringnemer Betreft dit een verkoop op afstand ? Neen Ja

1 Identiteit

Verzekeringnemer Dhr. Mw. Mej. Dhr. en Mw.

Naam of rechtsvorm : Voornaam of maatschappelijke benaming :

Straat : nr : Bus : BTW-nr.:

Postnummer :Plaats : Geboortedatum :

Telefoon : Fax : Taal :

Indien er meer dan 4 verzekerden zijn,

gelieve een nieuw document te gebruiken

Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)

	1	2	3	4
Naam	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□	□□ / □□ / □□
Burgerlijke staat	.....	.....	.....	.....
Adres	.....	.....	.....	.....
(indien verschillend van de verzekeringnemer)	.....	.....	.....	.....
Beroep	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met eerste verzekerde	.....	.....	.....	.....
Aangesloten bij een ziekenfonds ?	<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
Is/Was de verzekerde elders verzekerd ?	<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
Indien ja, waar en tot wanneer?	.....	.....	.....	.....

2 Gekozen waarborgen

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding) : / /

Gewenste jaarvervaldag : / /

Raadpleeg het tariefblad voor de eventuele premiereducties of -toeslagen alsook het document 'overzicht algemene ziekenhuizen'.

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten) JA NEEN
- **DELTA** JA NEEN
- Medi-Assistance JA NEEN
- Ziekenhuissegmentering: (kruis uw voorkeur aan)
 - AG Care met ziekenhuissegmentering
 - Universitaire Hospitalen (afkoop persoonlijk aandeel, aangeduid met (U) in het 2^{de} deel van de lijst van algemene ziekenhuizen)
 - AG Care zonder ziekenhuissegmentering (AG Care SL)
- Vision ? (aanvulling op uw collectieve hospitalisatieverzekering) JA NEEN

Welke vrijstelling (bedragen aan index 100)? 0 EUR 74,37 EUR 123,95 EUR 247,89 EUR andere :

3 Betalingswijze

jaarlijks halfjaarlijks driemaandelijks maandelijks

Betaling verricht : via de makelaar aan AG Insurance per giro

aan AG Insurance door bankdomiciliëring (gelieve het bericht van domiciliëring in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Care)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door AG Insurance verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving met het oog op de doeleinden die bepaald zijn in de algemene voorwaarden.

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de informatie op de keerzijde van dit document.

Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen :

Datum

Handtekening

Dit voorstel moet tot grondslag dienen voor het toekomstig verzekeringscontract. Het bindt de partijen niet vóór de ondertekening ervan. De ondertekening van het voorstel brengt geen dekking mee. Nochtans, indien binnen 30 dagen na ontvangst van dit voorstel, behoorlijk ingevuld en ondertekend, AG Insurance u geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, of de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbinden wij ons tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. De ontvangstdatum van dit voorstel wordt bewezen door ons systematisch datumstempelen.

Voorafgaandelijke belangrijke mededeling met betrekking tot de medische vragenlijst

Deze vragenlijst is persoonlijk en vertrouwelijk. Elke kandidaat-verzekerde dient deze vragenlijst zelf in te vullen en te ondertekenen, en rechtstreeks te richten aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer. Om administratieve redenen werd de medische vragenlijst aan het verzekeringsvoorstel gehecht en kunnen op hetzelfde document de gegevens van de te verzekeren gezinsleden ingevuld worden. Het gedeelte "Medische Vragenlijst" kan echter losgemaakt worden, zodat de kandidaat-verzekerde, indien hij dit wenst, dit document volledig zelf kan invullen en rechtstreeks richten aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer. Elke kandidaat-verzekerde kan uiteraard, indien hij dat wenst, een nieuw document gebruiken om de medische vragenlijst hieronder te beantwoorden.

**Medische vragenlijst**

AG Care Hospitalisatie

Naam agentschap :

Naam Verzekeringnemer :

U moet weten dat het onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van ziektes of aandoeningen waarvan de symptomen zich reeds gemanifesteerd hebben bij het afsluiten van deze verzekering voor u belangrijke gevolgen kan hebben: zo kunnen wij onze tussenkomst beperken, de verzekering wijzigen of in sommige gevallen zelfs opzeggen indien de ziekte wordt gediagnosticeerd binnen een termijn van twee jaar vanaf de aanvang van de verzekering. Het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens geeft daarentegen aanleiding tot de nietigheid van de overeenkomst en volledige weigering van een schadegeval. (art. 6 Wet Landverzekeringsovereenkomst)

	1	2	3	4
Naam
Voornaam

1 Metingen en Gewoonten

Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, zo hij verzekerde is)

	1	2	3	4
Huidig gewicht	.....kg	.....kg	.....kg	..... kg
Gewichtsverschil sedert 5 jaar ?	+ kg - kg Reden:	+ kg - kg Reden:	+ kg - kg Reden:	+ kg - kg Reden:
Lengte	..... m.....cm	..... m.....cm	..... m.....cm	..... m..... cm
Dagelijks verbruik van :				
- alcoholhoudende dranken (wijn, bier, ...)	.....glazen	.....glazen	..... glazen	..... glazen
- tabak (aantal sigaretten, sigaren, pijpen)	.....	.....	.....	.....
Bloeddruk (max/min)/...../...../...../.....
Momenteel in goede gezondheid ?	<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
Beoefende sport(en) ?	.....	.....	.....	.....
Naam en adres van de huisarts :	.....	.....	.....	.....

2 Medische historiek

Lijdt of heeft één van de te verzekeren personen aan één van de volgende aandoeningen of symptomen geleden ?

Als het antwoord 'Ja' is, gelieve het nummer van de betrokken persoon aan te duiden in de rechter kolom. nr van de betrokken persoon

- A. Parasitaire ziekten** : (o.a.: tuberculose, malaria, HIV infectie, AIDS) ? NEEN JA
- B. Ziekten van het endocrien stelsel of de stofwisseling** : (o.a.: suikerziekte, hypercholesterolaemie, jicht, schildklier-aandoening (krop)) ? NEEN JA
- C. Bloedziekten** : (o.a.: anemie, leukemie, hemofilie, gezwollen klieren) ? NEEN JA
- D. Psychiatrische stoornissen** : (o.a.: zenuwinzinking, zelfmoordpoging, neurose, psychose, persoonlijkheids- of gedragsstoornissen) ? NEEN JA
- E. Ziekten van het zenuwstelsel of de spieren** : (o.a.: duizeligheid, bezwijming, bevingen, verlamming, cerebraal-vasculaire stoornissen, epilepsie, multiple sclerose, ischias) ? NEEN JA
- F. Ziekten van de ogen, de oren, de neus of de keel** : (o.a.: doofheid, heesheid, gezichtsstoornissen, myopie vanaf 8 dioptries, cataract, chronische sinusitis) ? NEEN JA
- G. Ziekten van het ademhalingsstelsel** : (o.a.: chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose) ? NEEN JA
- H. Ziekten van het hart of de bloedsomloop** : (o.a.: misvorming, geruis van het hart, arteritis, flebitis, spataders, hoge bloeddruk, coronaire ziekte, myocardinfarct, ritmestoornissen) ? NEEN JA
- I. Ziekten van de spijsverteringsorganen of het abdomen** : (o.a.: gastro-intestinale bloeding, stoornissen van de slokdarm, de maag, de ingewanden, de dikke darm en het rectum, aandoeningen van de lever (geelzucht, cirrose), van de galblaas of de pancreas, maagbreuk) ? NEEN JA
- J. Huidziekten** : (o.a.: psoriasis, cyste, eczeem, melanoom) ? NEEN JA
- K. Ziekten van het urogenitaal stelsel** : (o.a.: aandoeningen van de nieren, de urinewegen (nierkolieken, cystitis, incontinentie), de geslachtsorganen, de prostaat) ? NEEN JA
- L. Beender- of gewrichtsziekten** : (o.a.: rugpijn, lumbago, scoliose, discus hernia, arthrose, rheuma, artritis, osteomyelitis, osteoporose, meniscusletsel) ? NEEN JA
- M. Zijn er andere aandoeningen (lichamelijk of psychisch), handicaps of klachten dan deze hierboven vermeld?** NEEN JA

Een van de te verzekeren personen :

nr van de betrokken persoon

- N. werd hij/zij gehospitaliseerd om medische redenen
of andere gedurende de laatste 10 jaar (behalve voor bevallingen) ? NEEN JA
- O. was hij/zij het slachtoffer van een ongeval ? NEEN JA
- P. neemt of heeft hij/zij regelmatig geneesmiddelen genomen (behalve anti-conceptie)? NEEN JA
- Q. heeft hij/zij een arts geraadpleegd gedurende de voorbije 6 maanden ? NEEN JA
- R. moet hij/zij binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden, of een heelkundige
ingreep ondergaan (behalve voor bevalling) ? NEEN JA
- Enkel voor de personen van het vrouwelijk geslacht :*
- S. lijdt zij of heeft zij geleden aan een gynaecologische aandoening, een aandoening
van de borsten ? (o.d. cysten, borsthypertrofie ?) NEEN JA
- T. is zij zwanger ? Indien ja, voorziene datum van bevalling : / / NEEN JA
- Hebben er zich zwangerschapsverwickeligen voorgedaan ? NEEN JA

3 Bijkomende verklaringen (verplicht in te vullen indien één van de vragen hierboven van A tot T met JA beantwoord werd)

<i>Nr van de betrokken persoon</i>	<i>Letter van de vraag</i>	<i>Aard van de aandoening of van de letsels</i>	<i>Periodes van hospitalisatie, van medische behandeling of arbeidsongeschiktheid</i>	<i>Gevolgen (lopende of voorziene behandelingen, blijvende letsels volledige genezing)</i>

(bij gebrek aan plaats om te antwoorden, gelieve uw documenten in bijlage bij te voegen en hun aantal hiervóór te vermelden)

De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij het in voege gaan van het contract en ten vroegste op de datum van de medische aanvaarding. Na het tot stand komen van het contract, zal dit document er deel van uitmaken.

De verzekeringnemer verklaart de wettelijke vertegenwoordiger te zijn van de te verzekeren personen die minderjarig zijn en staat borg voor hen. De ondergetekende(n) staat (staan) ervoor in dat de hierboven gestelde vragen nauwkeurig, volledig en naar waarheid werden beantwoord, en verklaren zich verantwoordelijk voor de juistheid van deze antwoorden, zelfs wanneer een derde persoon ze zou hebben geschreven.

Ondergetekende(n) verbindt (verbinden) zich ertoe alle inlichtingen in verband met zijn/haar (hun) gezondheidstoestand die voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn, op hun kosten, aan hun behandelende artsen te vragen en deze te verstrekken aan de adviserend geneesheer van de maatschappij.

Ondergetekende(n) gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat AG Insurance bovenvermelde medische gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken.

Gelieve aan te kruisen wat past :

- Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) kennis te hebben genomen van de mogelijkheid de medische vragenlijst afzonderlijk in te vullen en rechtstreeks over te maken aan de adviserend arts van AG Insurance, zoals hierboven beschreven onder het punt 'voorafgaandelijke belangrijke mededeling'. Ondergetekende(n) doet (doen) bijgevolg afstand van zijn/haar (hun) recht op aparte confidentiële behandeling en gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat bovenvermelde medische gegevens ingezameld en verwerkt worden door zijn/haar (hun) verzekeringsmakelaar buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.
- Ondergetekende(n) wenst (wensen) een confidentiële behandeling van de persoonsgegevens die zijn/haar (hun) gezondheid betreffen en maakt (maken) de medische vragenlijst(en) rechtstreeks over aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer.

De ondergetekende(n) verklaart (verklaren) bovendien een afschrift van dit document ontvangen te hebben.

Opgemaakt te, op

Handtekening van de verzekeringnemer, Handtekeningen van de verzekerde (meerderjarige) personen,

AG Insurance nv
 E. Jacqmainlaan 53
 1000 BRUSSEL
 België
 Schuldeiseridentificatie : BE81ZZZ0404494849

MANDAAT SEPA EUROPESE DOMICILIËRING - CORE
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ik, ondergetekende, verzekeringnemer niet-verzekeringnemer, verklaar

- rekeninghouder of volmachtouder te zijn van onderstaande rekening
- in te stemmen dat AG Insurance opdrachten stuurt naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening te debiteren
- in te stemmen dat mijn bank mijn rekening debiteert in overeenstemming met de opdracht van AG Insurance
- in te stemmen met het voorstel van AG Insurance een kennisgevingstermijn in acht te nemen van minimum vijf dagen voorafgaand aan de uitvoering van iedere gedomicileerde betaling. De kennisgeving zal gericht worden aan de verzekeringnemer. Voor maandelijkse betalingen gebeurt de kennisgeving eenmaal per jaar en minimum vijf dagen vóór de jaarvervaldag van het contract
- akkoord te gaan met de registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel, zijnde de verantwoordelijke voor de verwerking. Deze persoonsgegevens worden uitsluitend verwerkt voor de uitvoering van betalingsdiensten met betrekking tot het contract waarvoor het mandaat gegeven is, met inbegrip van het voorkomen van misbruik en fraude. Voor het recht van toegang en het recht van verbetering van onjuiste gegevens dient een verzoek gericht te worden aan bovenvermeld adres.

Ik kan een Europese domiciliëring laten terugbetalen door mijn bank volgens de voorwaarden die in mijn overeenkomst met de bank zijn vastgelegd. Een verzoek tot terugbetaling moet gebeuren binnen de 8 weken na de datum waarop het bedrag gedebiteerd werd.

Mijn gegevens

Naam (*)

Voornaam (*)

Straat (*)

Nummer (*) Busnr Postcode (*)

Gemeente (*)

Land

E-mailadres

GSM

Rekeningnummer IBAN (*)

SWIFT BIC (*)

Hoedanigheid (*) Rekeninghouder Volmachtouder

Type-betaling (*) Terugkerend Eenmalig

Referentie betaling (*) (contractnummer, ...)

Opgemaakt te

Datum (*) <input type="text"/>	Handtekening (*) (**) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Handtekening verzekeringnemer (*) (***) <input style="width: 100%;" type="text"/>
-----------------------------------	--	--

(*) *Verplicht in te vullen.*
 (**) *Voor een rechtspersoon, handtekening van de vertegenwoordiger(s) die gemachtigd is/zijn de vennootschap te verbinden, met toevoeging van zijn/hun naam en hoedanigheid.*
 (***) *Alleen vereist indien verschillend van rekeninghouder of volmachtouder.*

Gelieve dit document ingevuld en ondertekend terug te bezorgen aan AG Insurance nv - Expenses & Receipts - E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel.