

Wijzigingsformulier Uitvaartzorgplan (PLUS)

Dit formulier dient enkel gebruikt te worden voor een wijziging van een **bestaande polis van het type Uitvaartzorgplan (PLUS)**.

polisnummer

bemiddelaar

naam

FSMA nummer externe referentie

producentnummer

via klantenaanbrenger nr

verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum

nieuw adres

straat	<input type="text"/>
huisnummer	<input type="text"/>
bus	<input type="text"/>
postcode	<input type="text"/>
gemeente	<input type="text"/>

nieuw telefoonnummer of e-mailadres

telefoon	<input type="text"/>
gsm	<input type="text"/>
e-mailadres	<input type="text"/>

nieuw rekeningnummer verzekeringnemer (indien domiciliëring, gelieve ook de Europese domiciliëringsoverdracht in te vullen)

IBAN - - - BIC

wijziging betaalperiode

- maandelijks (domiciliëring verplicht)*
- per kwartaal
- halfjaarlijks
- jaarlijks

* indien maandelijks, gelieve ook de Europese domiciliëringsoverdracht in te vullen

wijziging betaalwijze

- betaling per overschrijving
- betaling per domiciliëring

⇒ indien betaling per domiciliëring, gelieve ook de Europese domiciliëringsoverdracht in te vullen

polisnummer

bijbeschrijving van volwassen verzekerde (max. 2 volwassen verzekerden per polis)¹ Niet meer mogelijk voor het Uitvaartzorgplan PLUS.
Hiervoor dient een nieuw Uitvaartzorgplan te worden onderschreven.

volwassene 2:

M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

eindleeftijd tot jaar verzekerd bedrag € (minimaal € 1.500 maximaal € 10.000)

⇒ gelieve de gezondheids- en toestemmingsverklaring (zie bijlage) volledig in te vullen en mee terug te sturen

bijbeschrijving van een kind jonger dan 18 jaar¹

M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

afschrijving van verzekerde (vermeld de verzekerde(n) die van de polis dienen te worden verwijderd)¹

M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

aanduiding nieuwe begunstigde

⇒ gelieve het formulier “begunstigden” volledig in te vullen en mee terug te sturen. De rechten van de begunstigde staan beschreven in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden.

andere wijziging(en)

.....
.....
.....
.....

¹ De verzekeringnemer erkent dat deze wijziging voldoet aan zijn verlangens en behoeften en dat hierdoor geen sprake is van een meervoudige dekking (ten einde te vermijden dat men meermaals gedekt zou zijn voor het hetzelfde risico), een onderverzekering (gedekt voor een te lage waarde) en een oververzekering (gedekt voor een te hoge waarde)

- Ik verklaar me hierbij akkoord om bepaalde wettelijke, precontractuele en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier, maar elektronisch te ontvangen of op de website www.dela.be te consulteren.
- Ik verklaar me hierbij akkoord dat DELA mijn gegevens mag gebruiken om mij boeiende info en tips over haar producten en diensten te bezorgen.

- - _____

datum voornaam, naam en handtekening **verzekeringnemer**, voorafgegaan door de vermelding “gelezen en goedgekeurd” voornaam, naam en handtekening bemiddelaar

Wijziging verzekeringnemer

polisnummer UZP(+)

verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum

nieuwe verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum

adres

postcode en gemeente

e-mail

telefoonnummer

GSM

rekeningnummer verzekeringnemer IBAN - - - BIC

betaalperiode maandelijks (domiciliëring verplicht)*

per kwartaal

halfjaarlijks

jaarlijks

* indien maandelijks, gelieve ook de Europese domiciliëringsovereenkomst in te vullen

- Ik verklaar me hierbij akkoord om bepaalde wettelijke, precontractuele en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier, maar elektronisch te ontvangen of op de website www.dela.be te consulteren.
- Ik verklaar me hierbij akkoord dat DELA mijn gegevens mag gebruiken om mij boeiende info en tips over haar producten en diensten te bezorgen.

datum

voornaam, naam en handtekening **verzekeringnemer**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

voornaam, naam en handtekening **nieuwe verzekeringnemer**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

Splitsing van de polis

polisnummer UZP(+)

verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum

gelieve volgende personen over te zetten naar een aparte polis:

M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

gegevens met betrekking tot de aparte polis:

nieuwe verzekeringnemer

voornaam

naam

geboortedatum

adres

postcode en gemeente

e-mail

telefoonnummer

GSM

rekeningnummer verzekeringnemer IBAN - - - BIC

betaalperiode maandelijks (domiciliëring verplicht)*

per kwartaal

halfjaarlijks

jaarlijks

* indien maandelijks, gelieve ook de Europese domiciliëringsoverdracht in te vullen

- Ik verklaar me hierbij akkoord om bepaalde wettelijke, precontractuele en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier, maar elektronisch te ontvangen of op de website www.dela.be te consulteren.
- Ik verklaar me hierbij akkoord dat DELA mijn gegevens mag gebruiken om mij boeiende info en tips over haar producten en diensten te bezorgen.

datum

voornaam, naam en handtekening **verzekeringnemer**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

voornaam, naam en handtekening **verzekeringnemer van de aparte polis**,
voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

Formulier ingevuld en ondertekend door de verzekeringnemer terug te sturen naar:

DELA
NOORDERPLAATS 5 BUS 2
2000 ANTWERPEN

of ingescand naar premie@dela.be

EUROPESE DOMICILIËRINGSOPDRACHT

ID **BE67ZZZ725D000054**

Referentienummer van het mandaat (in te vullen door de schuldeiser)

.....

voor een terugkerende invordering

REKENING VERZEKERINGNEMER

Voornaam	
Naam	
Adres	
Postcode	
Gemeente	
IBAN	
BIC	
Gewenste betaaldag omstreeks	<input type="checkbox"/> 5 ^{de} <input type="checkbox"/> 10 ^{de} <input type="checkbox"/> 15 ^{de} <input type="checkbox"/> 20 ^e werkdag van de maand

Polisnummer

Plaats

Datum (dag/maand/jaar)

Handtekening verzekeringnemer

Door dit **mandaat** te tekenen, staat u de verzekeringnemer (A) DELA toe om instructies te versturen naar uw bank om uw rekening te debiteren en staat u (B) uw bank toe om uw rekening te debiteren volgens de instructies van DELA. U hebt het recht op terugbetaling door uw bank volgens de voorwaarden beschreven in de overeenkomst, die u met haar getekend hebt. Elke aanvraag tot terugbetaling moet voorgelegd worden binnen de 8 weken volgend op de datum van het debiteren van uw rekening. Uw bank kan u inlichten over uw rechten verbonden aan dit mandaat. Door dit mandaat te tekenen gaat u er uitdrukkelijk mee akkoord dat er voor elke periodieke betaling geen afzonderlijke factuur, herinnering of enig ander afzonderlijk document vanwege DELA vereist is.

Uw **persoonsgegevens** worden opgevraagd teneinde uw domiciliëring in orde te brengen. Deze gegevens worden door DELA verwerkt met het oog op de uitvoering van uw verzekeringsovereenkomst alsook om te voldoen aan alle wettelijke verplichtingen. DELA is verantwoordelijke voor deze verwerking en zal op vertrouwelijke wijze omgaan met uw persoonsgegevens. Voor meer informatie omtrent de verwerking van uw persoonsgegevens, alsook uw rechten hieromtrent verwijzen wij u naar onze privacyverklaring dewelke u kan terugvinden op onze website: www.dela.be/nl/juridische-informatie/privacyverklaring.

"DELA" is DELA Natura- en levensverzekeringen N.V. – Belgisch bijkantoor (ondernemingsnr. 0665.931.229) gelegen te Noorderplaats 5 bus 2 te 2000 Antwerpen, bijkantoor van DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., vennootschap naar NL recht (KvK-nummer 17078393), gelegen te Oude Stadsgracht 1, 5611DD Eindhoven, NL, toegelaten voor tak 21 levensverzekeringen onder codenr. 2864.

Formulier begunstigen

polisnummer Uitvaartzorgplan (+) _____

verzekeringnemer

voornaam _____

naam _____

adres _____

postcode en gemeente _____

e-mail _____

telefoon _____

GSM _____

U kan uw begunstiging ook wijzigen
via www.mijndela.be.

Duid op dit formulier de begunstigde(n) van het kapitaal / eventuele saldo aan. Vul het formulier in DRUKLETTERS in, zodat alle gegevens goed leesbaar zijn. Alle gegevens van de aangeduide begunstigten dienen volledig ingevuld te worden d.w.z. geslacht (M/V), voornaam, naam en geboortedatum anders kunnen deze niet worden verwerkt. De som van de percentages moet 100% zijn. Meer uitleg op de volgende pagina van dit document.

Ondergetekende verzekeringnemer verklaart uitdrukkelijk als begunstigde(n) aan te duiden de persoon / personen aangewezen in de rubriek hieronder, volgens de aangegeven volgorde.

volwassen verzekerde 1:

M V voornaam (voluit) _____ naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam) _____ geboortedatum (dag-maand-jaar) _____

Betaling uitvaartkosten: ja nee

Vult u deze vraag niet in, dan geeft u "nee" aan.

Betaling van het eventuele saldo of verzekerde kapitaal overlijden aan:

%	M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____

100%

volwassen verzekerde 2:

M V voornaam (voluit) _____ naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam) _____ geboortedatum (dag-maand-jaar) _____

Betaling uitvaartkosten: ja nee

Vult u deze vraag niet in, dan geeft u "nee" aan.

Betaling van het eventuele saldo kapitaal overlijden aan:

%	M	V	voornaam (voluit)	naam (bij gehuwde vrouw alleen meisjesnaam)	geboortedatum (dag-maand-jaar)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____-____-_____

100%

Ik verklaar me hierbij akkoord om bepaalde wettelijke, precontractuele en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier, maar elektronisch te ontvangen of op de website www.dela.be te consulteren.

Ik verklaar me hierbij akkoord dat DELA mijn gegevens mag gebruiken om mij boeiende info en tips over haar producten en diensten te bezorgen.

____-____-_____
datum

voornaam, naam en handtekening verzekeringnemer, voorafgegaan door de vermelding "gelezen en goedgekeurd"

U kan uw begunstiging ook wijzigen via www.mijndela.be.

Hoe vult u het formulier in?

Vul het formulier in DRUKLETTERS in, zodat alle gegevens goed leesbaar zijn. Alle gegevens van de aangeduide begunstigden dienen volledig ingevuld te worden d.w.z. geslacht (M/V), voornaam, naam en geboortedatum anders kunnen deze niet worden verwerkt.

1. Kies de begunstigde(n)

De begunstigden zijn de personen aan wie het verzekerd kapitaal uitgekeerd wordt. U kunt per volwassen verzekerde ten hoogste vier begunstigden opgeven. U kunt er ook voor kiezen om uw verzekerd kapitaal te gebruiken om eerst de uitvaartkosten te betalen. Daartoe vinkt u 'ja' aan bij de optie 'betaling uitvaartkosten'. Het eventuele saldo wordt uitgekeerd aan de begunstigde(n) die u opgeeft.

2. Bepaal de verdeling

Heeft u aangeduid dat de kosten van de uitvaart worden betaald? Dan wordt dit bedrag eerst uitgekeerd. Het eventuele saldo gaat naar de begunstigde(n) die u opgeeft. U kunt er ook voor kiezen om uw volledig verzekerd kapitaal rechtstreeks aan de begunstigde(n) uit te keren. Heeft u meer dan één begunstigde aangeduid? Dan wordt het saldo verdeeld onder alle begunstigden, volgens de percentages die u opgeeft. Zo kunt u de ene begunstigde twintig procent toekennen en de andere tachtig, bijvoorbeeld. De verzekerde volwassene kiest de verdeling zelf. Belangrijk: gebruik geen cijfers na de komma en kijk na of het totaal per rang uitkomt op honderd procent.

*** Indien u uw polis vóór 1 januari 2019 afsloot, worden eerst de uitvaartkosten betaald en dit voor een maximum van uw verzekerd kapitaal. Het eventuele saldo gaat naar de begunstigde(n) die u opgeeft.**

Bijvoorbeeld:

Volwassen verzekerde 1 duidt als begunstigde aan:

Betaling uitvaartkosten: ja nee

Restsaldo gaat naar:

100% V An Janssens 17-01-1980

Volwassen verzekerde 2 duidt als begunstigde aan:

Betaling uitvaartkosten : ja nee

Restsaldo gaat naar:

100% M Jan Peeters 06-10-1979

3. Onderteken het document en stuur het tenslotte terug

Onderaan vult u als verzekeringnemer uw voornaam en naam in. Daarboven schrijft u de zin "Gelezen en goedgekeurd". Vervolgens zet u er uw handtekening en de datum van vandaag bij. U stuurt het formulier per e-mail of per post terug naar het adres dat bovenaan het formulier vermeld staat.

Gezondheids- en toestemmingsverklaring

polisnummer UZP(+)

Voor polissen van het type Uitvaartzorgplan PLUS kan geen volwassen verzekerde meer worden toegevoegd, hiervoor dient een nieuw Uitvaartzorgplan te worden afgesloten. Elke meerderjarige te verzekeren persoon beantwoordt deze gezondheids- en toestemmingsverklaring eigenhandig en naar waarheid en ondertekent persoonlijk. Voor kinderen in de zin van art. 1 van de Algemene Voorwaarden is het beantwoorden van deze gezondheids- en toestemmingsverklaring niet vereist. De raadgevend geneesheer van DELA adviseert of, en volgens welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Indien gewenst, kan het document onder vertrouwelijke omslag met vermelding "medisch geheim" verzonden worden naar DELA, Noorderplaats 5 bus 2, 2000 Antwerpen.

1. algemene gegevens

man vrouw

voornaam

naam

geboortedatum - - (dd-mm-jjjj)

2. persoonlijke gezondheidsvragen

wat is uw lengte? cm wat is uw gewicht? kg

rookt u of heeft u gerookt (elektronische sigaret inbegrepen)? nee ja

zo ja, vanaf welke leeftijd? jaar tot wanneer? jaar

wat rookt(e) u?

hoeveel rookt(e) u per dag?

vermeld het gemiddeld alcoholverbruik per dag (aantal glazen)

opgelet: vult u deze vraag niet in, dan geeft u aan dat u per dag gemiddeld geen enkel glas alcohol zou verbruiken.

3. uw gezondheidstoestand

Lijdt u of hebt u geleden aan klachten, aandoeningen, ziekten en/of gebreken in verband met onderstaande categorieën en/of hebt u een chirurgische ingreep (ook esthetische) ondergaan i.v.m. onderstaande categorieën?

Let op! U moet één of meerdere categorieën (A - J) aankruisen als u voor één of meer categorieën: een huisarts of specialist hebt geraadpleegd en/of; opgenomen bent geweest in het ziekenhuis of andere verpleeginstelling en/of geopereerd bent en/of nog medicatie gebruikt en/of nog onder controle staat. Indien u één of meerdere categorieën (A-J) hebt aangekruist, dient u vervolgens enkel de overeenstemmende gezondheidsvragenlijst(en) in te vullen.

Duidt u geen categorie aan, dan geeft u uitdrukkelijk te kennen dat geen enkele van de vermelde categorieën op u van toepassing is en/of is geweest.

- A aandoeningen van de hersenen, het zenuwstelsel en/of de spieren?
- B hartfalen, hartklachten, hartziekten en/of vaataandoeningen?
- C aandoeningen van longen en/of luchtwegen?
- D aandoeningen aan het afweersysteem en/of van het bloed?
- E aandoeningen van slokdarm, lever, alvleesklier, maag, darmen, blaas en/of nieren?
- F kwaadaardige gezwellen en/of een kwaadaardige bloedziekte?
- G aandoeningen van psychische aard, depressie en/of verslaving?
- H suikerziekte en/of andere aandoeningen van de inwendige klieren zoals schildklier en/of bijnier?
- I orgaantransplantaties?
- J blijvende letsels vastgesteld n.a.v. een ongeval en/of een lichamelijke handicap - invaliditeit?

4. Toestemmingsverklaring wat betreft de verwerking van de gezondheidsgegevens van de verzekerde

Waarom vragen wij uw gezondheidsgegevens?

DELA vraagt van u als verzekerde een aantal gezondheidsgegevens, waaronder de gegevens gevraagd onder punt 2 en 3 van de 'Gezondheidsverklaring' en eventueel de gegevens gevraagd in de 'Gezondheidsvragenlijst Uitvaartzorgplan'.

Voor de verwerking van uw gezondheidsgegevens hebben wij uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Wij vragen uw gezondheidsgegevens op in het kader van de beoordeling, het afsluiten en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Uw gezondheidsgegevens worden verwerkt:

- voor de beoordeling of en onder welke voorwaarden de verzekeringsovereenkomst kan worden afgesloten;
- voor de bepaling van het te verzekeren risico (hoogte premiebepaling, eventuele wachttijd, alternatief voorstel);
- voor de uitkering van het verzekerd kapitaal bij overlijden;
- om bij overlijden na te gaan of uw gezondheidstoestand op het moment van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst naar waarheid werd meegedeeld en voor het behandelen van mogelijke geschillen.

Wie ontvangt uw gezondheidsgegevens nog?

Uitsluitend de personen binnen DELA die belast zijn met het proces met betrekking tot uw gezondheidsgegevens ontvangen uw gezondheidsgegevens. Daarnaast worden ze uitsluitend verstrekt aan:

- de raadgevende geneesheren;
- de personen die in het kader van een geschil kennis dienen te nemen van uw gezondheidsgegevens (vb. een advocaat);
- andere personen die noodzakelijk over uw gezondheidsgegevens moeten kunnen beschikken.

Intrekken van uw toestemming

U heeft als verzekerde het recht om uw uitdrukkelijke toestemming, gegeven voor de verwerking van uw gezondheidsgegevens, in te trekken. Dit zou mogelijk een impact kunnen hebben op de verdere uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en kan er bijvoorbeeld toe leiden dat uw deel van de verzekeringsovereenkomst moet afgekocht worden. Alle handelingen die wij stelden voordat u uw toestemming introk, blijven geldig. Intrekking van uw toestemming kan door een schriftelijke, gehandtekte en gedateerde melding via e-mail (privacy@dela.be) of per post (DELA ter attentie van de Data Protection Officer, Noorderplaats 5 bus 2 in 2000 Antwerpen), vergezeld van een kopie van de voor- en achterzijde van uw identiteitskaart ter identificatie.

Hoelang worden uw gezondheidsgegevens bewaard?

Wij zullen uw gezondheidsgegevens bewaren zolang dit nodig is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, rekening houdend met de wettelijke verjaringstermijnen.

Wilt u meer weten?

Wij raden u aan onze Privacyverklaring te lezen. U vindt deze op onze website: www.dela.be/nl/juridische-informatie/privacyverklaring. U kunt kosteloos een kopie aanvragen via e-mail of per post. Ook met vragen kunt u steeds bij ons terecht via dezelfde kanalen.

- Ik, de verzekerde, verklaar uitdrukkelijk mijn toestemming te geven voor het verwerken van mijn gezondheidsgegevens, zoals beschreven in deze Toestemmingsverklaring én heb kennis genomen van de bepalingen uit het document 'wat willen wij u vertellen over de verwerking van uw persoonsgegevens?' **Duidt u niet uitdrukkelijk aan uw toestemming te geven voor het verwerken van uw gezondheidsgegevens, dan kan er voor u geen verzekeringsovereenkomst bij DELA afgesloten worden.**

- -
datum (dd-mm-jjjj)

plaats

voornaam, naam en handtekening
verzekerde 1 (eventueel voogd)

Gezondheids- en toestemmingsverklaring

polisnummer UZP(+)

Voor polissen van het type *Uitvaartzorgplan PLUS* kan geen volwassen verzekerde meer worden toegevoegd, hiervoor dient een nieuw *Uitvaartzorgplan* te worden afgesloten. Elke meerderjarige te verzekeren persoon beantwoordt deze gezondheids- en toestemmingsverklaring eigenhandig en naar waarheid en ondertekent persoonlijk. Voor kinderen in de zin van art. 1 van de Algemene Voorwaarden is het beantwoorden van deze gezondheids- en toestemmingsverklaring niet vereist. De raadgevend geneesheer van DELA adviseert of, en volgens welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Indien gewenst, kan het document onder vertrouwelijke omslag met vermelding "medisch geheim" verzonden worden naar DELA, Noorderplaats 5 bus 2, 2000 Antwerpen.

1. algemene gegevens

man vrouw

voornaam

naam

geboortedatum - - (dd-mm-jjjj)

2. persoonlijke gezondheidsvragen

wat is uw lengte? cm wat is uw gewicht? kg

rookt u of heeft u gerookt (elektronische sigaret inbegrepen)? nee ja

zo ja, vanaf welke leeftijd? jaar tot wanneer? jaar

wat rookt(e) u?

hoeveel rookt(e) u per dag?

vermeld het gemiddeld alcoholverbruik per dag (aantal glazen)

opgelet: vult u deze vraag niet in, dan geeft u aan dat u per dag gemiddeld geen enkel glas alcohol zou verbruiken.

3. uw gezondheidstoestand

Lijdt u of hebt u geleden aan klachten, aandoeningen, ziekten en/of gebreken in verband met onderstaande categorieën en/of hebt u een chirurgische ingreep (ook esthetische) ondergaan i.v.m. onderstaande categorieën?

Let op! U moet één of meerdere categorieën (A - J) aankruisen als u voor één of meer categorieën: een huisarts of specialist hebt geraadpleegd en/of; opgenomen bent geweest in het ziekenhuis of andere verpleeginstelling en/of geopereerd bent en/of nog medicatie gebruikt en/of nog onder controle staat. Indien u één of meerdere categorieën (A-J) hebt aangekruist, dient u vervolgens enkel de overeenstemmende gezondheidsvragenlijst(en) in te vullen.

Duidt u geen categorie aan, dan geeft u uitdrukkelijk te kennen dat geen enkele van de vermelde categorieën op u van toepassing is en/of is geweest.

- A aandoeningen van de hersenen, het zenuwstelsel en/of de spieren?
- B hartfalen, hartklachten, hartziekten en/of vaataandoeningen?
- C aandoeningen van longen en/of luchtwegen?
- D aandoeningen aan het afweersysteem en/of van het bloed?
- E aandoeningen van slokdarm, lever, alvleesklier, maag, darmen, blaas en/of nieren?
- F kwaadaardige gezwellen en/of een kwaadaardige bloedziekte?
- G aandoeningen van psychische aard, depressie en/of verslaving?
- H suikerziekte en/of andere aandoeningen van de inwendige klieren zoals schildklier en/of bijnier?
- I orgaantransplantaties?
- J blijvende letsels vastgesteld n.a.v. een ongeval en/of een lichamelijke handicap - invaliditeit?

4. Toestemmingsverklaring wat betreft de verwerking van de gezondheidsgegevens van de verzekerde

Waarom vragen wij uw gezondheidsgegevens?

DELA vraagt van u als verzekerde een aantal gezondheidsgegevens, waaronder de gegevens gevraagd onder punt 2 en 3 van de 'Gezondheidsverklaring' en eventueel de gegevens gevraagd in de 'Gezondheidsvragenlijst Uitvaartzorgplan'.

Voor de verwerking van uw gezondheidsgegevens hebben wij uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Wij vragen uw gezondheidsgegevens op in het kader van de beoordeling, het afsluiten en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Uw gezondheidsgegevens worden verwerkt:

- voor de beoordeling of en onder welke voorwaarden de verzekeringsovereenkomst kan worden afgesloten;
- voor de bepaling van het te verzekeren risico (hoogte premiebepaling, eventuele wachttijd, alternatief voorstel);
- voor de uitkering van het verzekerd kapitaal bij overlijden;
- om bij overlijden na te gaan of uw gezondheidstoestand op het moment van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst naar waarheid werd meegedeeld en voor het behandelen van mogelijke geschillen.

Wie ontvangt uw gezondheidsgegevens nog?

Uitsluitend de personen binnen DELA die belast zijn met het proces met betrekking tot uw gezondheidsgegevens ontvangen uw gezondheidsgegevens. Daarnaast worden ze uitsluitend verstrekt aan:

- de raadgevende geneesheren;
- de personen die in het kader van een geschil kennis dienen te nemen van uw gezondheidsgegevens (vb. een advocaat);
- andere personen die noodzakelijk over uw gezondheidsgegevens moeten kunnen beschikken.

Intrekken van uw toestemming

U heeft als verzekerde het recht om uw uitdrukkelijke toestemming, gegeven voor de verwerking van uw gezondheidsgegevens, in te trekken. Dit zou mogelijk een impact kunnen hebben op de verdere uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en kan er bijvoorbeeld toe leiden dat uw deel van de verzekeringsovereenkomst moet afgekocht worden. Alle handelingen die wij stelden voordat u uw toestemming introk, blijven geldig. Intrekking van uw toestemming kan door een schriftelijke, gehandtekte en gedateerde melding via e-mail (privacy@dela.be) of per post (DELA ter attentie van de Data Protection Officer, Noorderplaats 5 bus 2 in 2000 Antwerpen), vergezeld van een kopie van de voor- en achterzijde van uw identiteitskaart ter identificatie.

Hoelang worden uw gezondheidsgegevens bewaard?

Wij zullen uw gezondheidsgegevens bewaren zolang dit nodig is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, rekening houdend met de wettelijke verjaringstermijnen.

Wilt u meer weten?

Wij raden u aan onze Privacyverklaring te lezen. U vindt deze op onze website: www.dela.be/nl/juridische-informatie/privacyverklaring. U kunt kosteloos een kopie aanvragen via e-mail of per post. Ook met vragen kunt u steeds bij ons terecht via dezelfde kanalen.

- Ik, de verzekerde, verklaar uitdrukkelijk mijn toestemming te geven voor het verwerken van mijn gezondheidsgegevens, zoals beschreven in deze Toestemmingsverklaring én heb kennis genomen van de bepalingen uit het document 'wat willen wij u vertellen over de verwerking van uw persoonsgegevens?' **Duidt u niet uitdrukkelijk aan uw toestemming te geven voor het verwerken van uw gezondheidsgegevens, dan kan er voor u geen verzekeringsovereenkomst bij DELA afgesloten worden.**

- -
datum (dd-mm-jjjj)

plaats

voornaam, naam en handtekening
verzekerde 2 (eventueel voogd)