

AANVRAAG TOT AANSLUITING VAN EEN PASGEBORENE IN EEN INDIVIDUEEL CONTRACT

1. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst (in te vullen door de verzekeringstussenpersoon of subagent)

Met verzekeringstussenpersoon Naam of benaming van de verzekeringstussenpersoon: _____

Nummer DKV: _____ Nummer FSMA: _____

2. Verzekeringnemer (gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Polisnr. : _____

Naam / benaming: _____ Voornaam : _____

Geboortedatum: [] [] / [] [] / [] [] [] [] Nationaliteit: _____

Straat: _____ Nr/Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____

Tel. / GSM: _____ E-mailadres: _____

IBAN-nr.: _____ BIC-nr.: _____ Ondernemingsnr.: _____

3. Aanvraag tot aansluiting van een pasgeborene

Ik ondergetekende (verzekeringnemer), verklaar hieronder vermelde pasgeborene te willen verzekeren vanaf de geboorte.

Naam en voornaam van het kind: _____

Geboortedatum: [] [] / [] [] / [] [] [] [] Geslacht: M | F

Naam en voornaam verzekerde ouder: _____

Nationaliteit: _____

Geboorteplaats (gemeente/land): _____

Gekozen verzekeringsplan^(*): _____

Persoonlijke bijdrage: _____

Vrijstelling: _____

Verzekerd kapitaal (Plan H / Plan H+): _____

Daggeld (Dagelijkse vergoeding): _____

Verklaringen van de verzekeringnemer

Ik verklaar uitdrukkelijk kennis te hebben genomen van wat volgt:

- pasgeborenen zijn verzekeraar vanaf de geboorte volgens de bepalingen voorzien in de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden die van toepassing zijn op het verzekeringsplan van één van de verzekerde ouders en voor zover dat de aanvraag wordt ingediend binnen de 60 dagen na de geboortemaand.
- eens de termijn waarvan sprake in punt 1 overschreden is, zal de verzekeraar het risico beoordelen op basis van een vervolledigd en ondertekend verzekeringsvoorstel (administratief en medisch luik).
- de pasgeborene voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden vermeld in de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van de gewenste waarborg.
- ik verbind mij er toe bijkomende inlichtingen omtrent bovenvermelde punten te verstrekken:

Opgemaakt te _____ op _____ / _____ / _____

Naam en voornaam + VERPLICHTE handtekening van de verzekeringnemer of van zijn wettelijke vertegenwoordiger:

^(*) indien u nadere inlichtingen wenst omtrent de premie van dit tariefplan voor de aansluiting van uw pasgeborene, aarzel niet ons te contacteren (tel: 02 287 64 11).

AANVRAAG TOT AANSLUITING VAN EEN PASGEBORENE IN EEN INDIVIDUEEL CONTRACT

Verklaringen van de verzekeringnemer

- Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een aanvraag tot aansluiting van een pasgeborene in een individueel contract en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polis-uitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de bovengenoemd vragenlijst.
- Ik verklaar de precontractuele informatiefiche, de beschrijving van het belangenconflictenbeleid en de Privacyverklaring van DKV Belgium N.V. te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen. Deze documenten zijn eveneens beschikbaar op de site www.dkv.be.
- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd over de specifieke kenmerken, de omvang en de beperkingen (inclusief de uitsluitingen voorzien in de Algemene, Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en Productinformatiefiches van de gekozen ziekteverzekering).
- Ik bevestig een voor eensluidend verklaard afschrift van dit verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene, Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en Productinformatiefiches van de gekozen ziekteverzekering. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden. Deze voorwaarden zijn beschikbaar op www.dkv.be.
- Ik weet dat enkel de verzekeraar DKV Belgium N.V. verantwoordelijk is voor de aanvaarding van het risico en het sluiten van het verzekeringscontract op basis van de persoonsgegevens van de te verzekeren personen die vermeld zijn op het verzekeringsvoorstel/ onderschrijvingsformulier. De aanvaardingsvoorwaarden zijn beschreven in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden. Ik weet dat de verzekeringstussenpersoon een kopie van de polis ontvangt.
- Bij onderschrijving van een verzekeringscontract op afstand (m.a.w. zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de verzekeraar en/of verzekeringstussenpersoon enerzijds en van de verzekeringnemer anderzijds), verklaar ik de precontractuele informatiefiche in het kader van de verkoop op afstand van een verzekeringsplan te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen.
- Ik verklaar in te staan voor de juistheid en volledigheid van de op dit formulier verstrekte inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervolledigd werden door een derde persoon.
- Tijdens de duur van het contract, verbind ik mij ertoe DKV Belgium N.V. onverwijld schriftelijk in kennis te stellen van elke wijziging in het voordeel van de Belgische sociale zekerheid van de verzekerde personen, alsook van elke wijziging van woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats.
- De Medi-Card® wordt uitgereikt bij het sluiten 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®.
- De persoonsgegevens worden verwerkt door DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
- Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres eveneens gebruikt wordt voor de communicatie en het beheer van mijn (pre)contractuele relaties met DKV Belgium N.V. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV Belgium N.V., ongeacht de wijze van communicatie. Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V., mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketingdoeleinden.
- Bij gebruik van de betalingswijze 'SEPA-domiciliëring' machtig 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 persoonlijke bijdrage, 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.
- Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be van DKV Belgium N.V., optredend onder de naam van DKV Belgium N.V. te 1000 Brussel, Loksumstraat 25 (Tel: 02/287 64 11 – Fax: 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35 (Tel: 02/547 58 71 – Fax: 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

VERPLICHTE handtekening van de kandidaat-verzekeringnemer + stempel van de firma (indien van toepassing)

Datum:/...../20...

Toestemming voor de verwerking van de persoonlijke gezondheidsgegevens

1. Uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) worden verwerkt door DKV Belgium N.V., een vennootschap naar Belgisch recht, met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel, België, ingeschreven bij de Kruispuntbank voor Ondernemingen met ondernemingsnummer 0414.858.607, tel: +32(0)2 287 64 11.
2. DKV Belgium N.V. hecht veel belang aan uw privacy en zal uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) verwerken in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (EU) 2016/679 (de «AVG») en eventuele nationale wetgeving die is aangenomen op grond van de AVG. DKV Belgium N.V. zal uw persoonsgegevens verwerken in de hoedanigheid van verwerkingsverantwoordelijke.
3. Uw persoonsgegevens (waaronder uw medische gegevens) worden verwerkt door DKV Belgium N.V. in overeenstemming met de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring. De laatste versie van deze verklaring kan u steeds terugvinden op www.dkv.be/privacy.
4. Tijdens de uitvoering van het verzekeringscontract verwerkt DKV Belgium N.V. uw gezondheidsgegevens voor het beheer, de verwerking en de uitvoering van uw dekkingsaanvragen.
5. Voor zover strikt noodzakelijk voor de uitvoering van het verzekeringscontract of het aanbieden van onze dienstverlening aan u, delen wij uw medische gegevens met een beperkt aantal derde partijen. Meer informatie daaromtrent kunt u terugvinden in de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring beschikbaar op www.dkv.be/privacy.
6. DKV Belgium N.V. verwerkt uw medische gegevens onder meer met behulp van geautomatiseerde middelen die voor u rechtsgevolgen kunnen hebben (bijvoorbeeld prijsstelling, risicobeoordeling, schadebehandeling, enz.).
7. Uw medische gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als u geen toestemming geeft, kan het afsluiten en/of de goede uitvoering van het verzekeringscontract worden belemmerd.
8. Eens gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde terug in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, echter onverlet. De intrekking van uw toestemming kan wederom de goede uitvoering van het verzekeringscontract belemmeren.
9. Als u een papieren versie wenst te ontvangen van de laatste versie van de DKV Belgium N.V. Privacyverklaring, uw rechten wenst uit te oefenen of u vragen, opmerkingen, verzoeken, klachten heeft over deze toestemming of de verwerking van uw persoonsgegevens (met inbegrip van medische gegevens) door DKV Belgium N.V., kunt u contact opnemen met de Functionaris voor gegevens-bescherming van DKV Belgium N.V. per post op het adres Loksumstraat 25, 1000 Brussel, België of per e-mail op privacy@dkv.be.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens.

Naam, voornaam en ondertekening, voor akkoord, van wettelijke vertegenwoordiger:

Naam :
Voornaam:

Verplichte handtekening:

Datum:/...../20...