

AANVRAAG TOT OMSCHAKELING - VAN PLAN HORIZON NAAR DOELPLAN

Polisnummer: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Groepspolisnr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Inschrijvingsnr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Medi-Card® nr.: [0] [7] [3] [9] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Voorwaarden tot omschakeling:

- Doelplan: IS2000 of DKV Hospi Premium aansluitend aan de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het onderschreven Plan Horizon;
- indienen van een aanvraag binnen de 105 dagen volgend op het verlies van het voordeel van de collectieve hospitalisatiepolis;
- ononderbroken verzekerd zijn geweest bij één of meer ziekteverzekeringsovereenkomsten gedurende 2 jaar voorafgaand aan het verlies van het voordeel van de collectieve hospitalisatiepolis;
- geen onderbreking tussen het einde van de collectieve hospitalisatiepolis en het begin van de individueel voortgezette hospitalisatiepolis.

De omschakeling kan slechts uitgevoerd worden na ontvangst van een attest van de verzekeraar van beëindiging van het groepscontract met vermelding van de beëindigingsdatum.

Indien het gaat om een groepscontract bij DKV Belgium N.V., dan is dit attest niet nodig.

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

Met verzekeringstussenpersoon Naam of benaming verzekeringstussenpersoon: _____
 Nummer DKV: _____ Nummer FSMA: _____

In hoedanigheid van: Verzekeringsmakelaar Verzekeringsagent verbonden
 Verzekeringssubagent: handelend onder de verantwoordelijkheid van: _____

De tussenpersoon die zijn activiteit uitoefent als onderneming (vermeld de naam en het adres van de verzekeringsondernemingen waarvan hij een rechtstreekse of onrechtstreekse participatie bezit die minstens 10% bedraagt van het kapitaal of van het stemrecht):

Naam en adres van de verzekeringsondernemingen (of moederondernemingen) die rechtstreekse of onrechtstreekse participatie van minstens 10 % van het stemrecht of van het kapitaal van het kantoor bezitten:

Zonder verzekeringstussenpersoon

2. Verzekeringnemer (natuurlijke persoon verplicht) - gelieve het adres van de woonplaats in België te vermelden

Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum: [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] Nationaliteit : _____
 Straat: _____ Nr/Bus: _____
 Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: BE
 Tel. / GSM: _____ E-mailadres: _____
 IBAN-nr.: _____ BIC-nr.: _____

Polis aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon
Briefwisseling aan: verzekeringnemer verzekeringstussenpersoon
Taal: Nederlands Frans Engels
Premiebetaling: maandelijks (+ 3%) driemaandelijks (+ 3%) zesmaandelijks (+ 2%) jaarlijks
(verplicht SEPA-domiciliëring)
Betalingswijze: SEPA-domiciliëring overschrijving verzekeringstussenpersoon
Manier van communiceren: elektronisch (e-mailadres per te verzekeren persoon is noodzakelijk) papier

3. Doel van de omschakeling

(re)pensioen ontslag door werkgever vrijwillig ontslag
 definitieve terugkeer naar België (vaste woon- en verblijfplaats in België en de kleine en grote risico's bij de wettelijke Belgische ziekteverzekering genieten)
 Gelieve ons een attest te bezorgen van zowel het bevolkingsregister als van een aansluiting bij het ziekenfonds.
 andere, gelieve te preciseren: _____

4. Keuze van de verzekeringnemer (de verzekeringnemer moet hieronder worden vermeld om verzekerd te zijn) - als er meer dan 4 personen te verzekeren zijn, gelieve een tweede vragenlijst in te vullen.

Gewenste aanvangsdatum: 01 / /	Persoon 1			Persoon 2			Persoon 3			Persoon 4		
Verzekeren personen												
Naam:												
Voornaam:												
Geslacht:	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V		
Geboortedatum:	/ /			/ /			/ /			/ /		
Nationaliteit:												
Geboorteplaats (gemeente / land):												
Taalcode:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E		
Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid:	<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 <input type="checkbox"/> Neen		
Vrijstelling :												
E-mailadres:												

AANVRAAG TOT OMSCHAKELING - VAN PLAN HORIZON NAAR DOELPLAN

Verklaringen van de verzekeringnemer

- Ik verklaar dat ik de administratieve vragen die in dit formulier worden gesteld, juist en volledig heb beantwoord. Ik verklaar dat de verstrekte informatie bindend is voor mij, zelfs als een derde partij deze heeft verstrekt en/of ingevuld. Elke verzwijging of valse verklaring kan het contract nietig maken.
- DKV Belgium N.V. is als enige verantwoordelijk voor het aanvaarden van het risico en het sluiten van het verzekeringscontract op basis van de antwoorden op de administratieve vragen die ik heb gegeven in dit formulier.
- Het verzekeringscontract treedt ten vroegste in werking bij ontvangst door DKV Belgium N.V. van de betaling van de eerste premie, zoals bepaald in de Bijzondere Voorwaarden. De betaling van deze premie impliceert de aanvaarding van de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Algemene Verzekeringsvoorwaarden evenals van de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en eventuele bijvoegsels (met inbegrip van uitsluitingen en bijpremies).
- Ik aanvaard dat het verzekeringscontract bestaat uit deze bepalingen, de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Informatiedocument over het verzekeringsproduct (IPID) en eventuele bijvoegsels.
- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd over de specifieke kenmerken, de omvang en de beperkingen (inclusief de uitsluitingen die zijn opgenomen in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en het IPID) van de gekozen verzekering en dat deze voldoet aan mijn wensen en behoeften.
- Ik bevestig dat ik een kopie heb ontvangen van de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de IPID van de gekozen ziekteverzekering. Ik bevestig uitdrukkelijk kennis te hebben genomen van deze documenten en de inhoud ervan aanvaard. Deze Verzekeringsvoorwaarden en IPID zijn ook beschikbaar op www.dkv.be.
- Ik verklaar kennis te hebben genomen van het Beleid inzake belangenconflicten, de Gedragsregels voor de distributie van verzekeringsproducten (IDD-brochure) en de Privacyverklaring van DKV Belgium N.V. De inhoud van deze documenten kan na verloop van tijd veranderen. De meest recente versie van deze documenten is permanent beschikbaar op www.dkv.be. Indien het een verzekeringscontract op afstand betreft (m.a.w. zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de verzekeraar en/of verzekerings-tussenpersoon enerzijds en de verzekeringnemer anderzijds), bevestig ik dat ik de Precontractuele informatiefiche voor de verkoop op afstand van verzekeringsplan heb ontvangen en er kennis van heb genomen.
- Ik verklaar dat de verzekeringnemer en de te verzekeren personen voldoen aan de vereiste verzekerbaarheidsvoorwaarden voor de af te sluiten verzekering(en). Tijdens de duur van het contract, verbind ik mij ertoe DKV Belgium N.V. onvervuld en schriftelijk in kennis te stellen van elke wijziging in het statuut van de Belgische sociale zekerheid van de verzekerde personen, alsook van elke wijziging van woonplaats en/of vaste en gebruikelijke verblijfplaats/feitelijke hoofdverblijfplaats van de verzekeringnemer en/of de verzekerde personen.
- Indien de Medi-Card® wordt toegekend bij het sluiten van een verzekering bij DKV Belgium N.V., verbind ik mij ertoe de rechten en plichten met betrekking tot het gebruik van de Medi-Card® na te leven zodra ik de kaart ontvang.
- Uitsluitend voor de personen die verzekerd zijn volgens een collectieve hospitalisatiepolis van DKV Belgium N.V. of die vóór de onderschrijving van dit Plan Horizon bij DKV Belgium N.V. gedurende een ononderbroken periode verzekerd zijn geweest volgens een individuele hospitalisatiepolis: ik weet dat bij de onderschrijving van het Plan Horizon, geen medische vragenlijst vervolledigd werd en dat, wanneer de omschakeling naar het doelplan gebeurt (zoals voorzien in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het Plan Horizon) binnen de 2 eerste jaren na het bestaan van het Plan Horizon, de aanvaarding van het risico gebeurt op basis van een medische vragenlijst. In functie van mijn gezondheidstoestand, kan de basispremie van het doelplan verhoogd worden met een maximale meerpriem van 100% en de medische kosten die verband houden met een voorafbestaande chronische ziekte of handicap worden uitgesloten, voor zover de verzekeraar de schriftelijke aanvraag tot omschakeling naar het doelplan ontvangen heeft binnen de 105 dagen volgend op de datum waarop de verzekerde persoon niet langer de voordelen van het groepscontract geniet.
- De persoonsgegevens (waaronder medische gegevens) worden verwerkt door DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Loksumstraat 25, in overeenstemming met de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met 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. Voor meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door DKV Belgium N.V. kunt u onze Privacyverklaring raadplegen op www.dkv.be/privacy. De laatste versie is daar steeds beschikbaar. Als u een gratis papieren exemplaar van onze Privacyverklaring wilt ontvangen, kunt u een verzoek sturen per post naar Loksumstraat 25, 1000 Brussel of per e-mail naar privacy@dkv.be.
- Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaarden de verzekeringnemer en de verzekerden dat hun e-mailadressen gebruikt mogen worden voor de communicatie en het beheer van hun (pre)contractuele relaties met DKV Belgium N.V.
- De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen in de toekomst ingelicht worden over de commerciële acties, producten en diensten van DKV Belgium N.V. De verzekeringnemer en elke verzekerde hebben het recht zich te verzetten tegen het gebruik van hun persoonsgegevens voor direct marketing door een eenvoudig schriftelijk verzoek per e-mail naar privacy@dkv.be of per post naar Loksumstraat 25, 1000 Brussel.
- Bij gebruik van de betalingswijze 'SEPA-domiciliëring' machtigt ik DKV Belgium N.V. (identificatienr. BE44ZZZ0414858607) om, behoudens formele herroeping, de premies m.b.t. het contract te innen en/of bij gebruik vande 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. per post op het volgende adres: Loksumstraat 25, 1000 Brussel, per e-mail op Qualitycontrol@dkv.be of via het formulier dat beschikbaar is op onze website www.dkv.be/nl/contact/een-klacht. U kunt ook contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen per post op het volgende adres: Square de Meeûs 35, 1000 Brussel, per e-mail op info@ombudsman-insurance.be of per telefoon op +32 (0) 2 547 58 71, onverminderd de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure aan te spannen.

VERPLICHTE handtekening van de verzekeringnemer

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

SEPA-mandaat Europese domiciliëring voor recurrenente inning

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming enerzijds aan DKV Belgium N.V. | Loksumstraat 25 1000 Brussel | België | Identificatienr. BE44ZZZ0414858607, om een opdracht te sturen naar uw bank teneinde een bedrag van uw rekening te debiteren en anderzijds aan uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren in overeenstemming met de opdracht van DKV Belgium N.V. U kunt een Europese domiciliëring laten terugbetalen. Vraag uw eigen bank naar de voorwaarden. Een verzoek tot terugbetaling moet binnen 8 weken na de datum van debitering van het bedrag van uw rekening worden ingediend. Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

Ik, ondergetekende, (naam en voornaam) of benaming _____

machtigt DKV Belgium N.V. (identificatienr. BE44ZZZ0414858607) 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 ondervermelde rekening binnen 14 werkdagen na de kennisgeving.

Naam van de rekeninghouder: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Stad: _____

Land: _____

IBAN-nummer: _____

BIC-nummer: _____

Datum: _____ / _____ / _____

Plaats van handtekening: _____

VERPLICHTE handtekening van de rekeninghouder: