

VERZOEK TOT WIJZIGING VAN VERZEKERINGNEMER OF OVERDRACHT VAN VERZEKERDE(N)

In te vullen in blokletters

Te versturen naar : DKV Belgium N.V. | Loxumstraat 25 | 1000 Brussel | E-mail : contract-nl@dkv.be

Individueel polisnummer:

1. Gewenste wijziging

De nieuwe verzekeringnemer wenst de volgende wijziging door te voeren:

Wijziging van verzekeringnemer vanaf : 0 1 / / 20

In dit geval bevestigt de nieuwe verzekeringnemer dat hij de rechten en verplichtingen van deze polis op zijn naam overneemt.

Overdracht van de verzekerden en van de waarborgen vermeld in de punten 4 en 5 naar een afzonderlijk contract op naam van de nieuwe verzekeringnemer vanaf 0 1 / / 20

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

Voor inkomensverliesverzekeringen kan ofwel een natuurlijke persoon ofwel een rechtspersoon als verzekeringnemer optreden. In beide gevallen is het adres van de woonplaats in België verplicht.

<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Mej	<input type="checkbox"/> Mevr	Taal :	<input type="checkbox"/> Nederlands	<input type="checkbox"/> Frans	<input type="checkbox"/> Engels
Naam / benaming: _____			Voornaam: _____			
Straat : _____			Nr/Bus : _____			
Postcode : _____		Gemeente: : _____		Land : <u>BE</u>		
Geboortedatum : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Geboorteplaats (gemeente EN land) : _____				
Nationaliteit : _____			Tel. / GSM : _____			
E-mailadres : _____						
IBAN-nr : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			BIC-nr : <input type="text"/>			
Ondernemingsnr. : _____						

3. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst

Naam / benaming: _____	Nummer : _____
------------------------	----------------

4. Identificatie van de over te dragen personen - Indien meer dan 4 personen, gelieve een tweede formulier in te vullen.

Persoon 1	Naam – Voornaam :
Straat / nr. :	
Postcode / Gemeente / Land (BE) :	
E-mailadres:	
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	
Persoon 2	Naam – Voornaam :
Straat / nr. :	
Postcode / Gemeente / Land (BE) :	
E-mailadres:	
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	
Persoon 3	Naam – Voornaam :
Straat / nr. :	
Postcode / Gemeente / Land (BE) :	
E-mailadres:	
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	
Persoon 4	Naam – Voornaam :
Straat / nr. :	
Postcode / Gemeente / Land (BE) :	
E-mailadres:	
Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	

VERZOEK TOT WIJZIGING VAN VERZEKERINGNEMER OF OVERDRACHT VAN VERZEKERDE(N)

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.
- 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.
- 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. onverwijld 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.
- 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' machtig ik 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 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 ww.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 nieuwe verzekeringnemer + stempel van de firma (indien van toepassing):

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

SEPA-mandaat Europese domiciliëring voor recurrente 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 machtig 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: