Verzekeringsvoorstel voor plannen hospitalisatie, ambulante kosten en/of tandzorg

Administratieve vragenlijst in te vullen in hoofdletters en te ondertekenen

Onderschrijven kan ook online **via DKV InsureMe**.

Indien u **inkomensverliesplannen** wenst te onderschrijven, gelieve het specifieke verzekeringsvoorstel in te vullen.

Voor meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens door DKV Belgium en uw rechten, kan u onze Privacy Verklaring consulteren op onze website https://www.dkv.be/nl/privacy. De laatste versie is er steeds beschikbaar. Indien u kosteloos een papieren exemplaar van onze Privacyverklaring wenst te ontvangen, kunt u dit verzoeken per post Loksumstraat 25, 1000 Brussel of per e-mail privacy@dkv.be.

Polisnr: _____ **Referentie van de verzekeringsmakelaar of subagent:** _____

1. Identificatie van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst (In te vullen door de verzekeringsmakelaar of subagent)

Naam of benaming verzekeringstussenpersoon: _____

Nummer DKV: _____ **Nummer FSMA:** _____

In hoedanigheid van: **Verzekeringsmakelaar**

Verzekeringssubagent: handelend onder de verantwoordelijkheid van (naam van de verzekeringsmakelaar):

_____

De verzekeringstussenpersoon 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:

_____

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

☐ **Mr** ☐ **Mej** ☐ **Mevr**

Naam: _____ **Voornaam:** _____

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** _____

Postcode: _____ **Gemeente:** _____ **Land:** B E

Geboortedatum: __/__/____ **Geboorteplaats (gemeente):** _____ **(land):** _____

Nationaliteit: _____ **Taal:** ☐ **Nederlands** ☐ **Frans** ☐ **Engels**

E-mailadres: _____

Telefoon/GSM: _____

IBAN-nr. (voor premiebetaling): ____-____-____-____ **BIC-nr:** _____

Premiebetaling: ☐ **maandelijks** (+3%) (verplichte SEPA domiciliëring) ☐ **driemaandelijks** (+3%) ☐ **zesmaandelijks** (+2%) ☐ **jaarlijks**

Betalingswijze: ☐ **SEPA-domiciliëring** ☐ **overschrijving** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier**

Polis aan: ☐ **verzekeringnemer** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

Briefwisseling aan: ☐ **verzekeringnemer** ☐ **verzekeringstussenpersoon**

66616_NL_29_202402

3. Informatie over de te verzekeren perso(o)n(en)

Persoon 1: Indien de te verzekeren persoon 1 tevens verzekeringnemer is, gelieve dan alleen de vakken 3.B. "Specifieke gegevens" en 3.C. "Keuze van verzekeringsplannen" in te vullen. **Gelieve het adres van de woonplaats in België in te vullen.**

3.A. Identificatiegegevens

Naam: **Voornaam:** **Gender:** ☐ **M** **V**

Straat: **Nummer:** **Bus:**

Postcode: **Gemeente:** **Land:** **B** **E**

Geboortedatum: / / **Geboorteplaats (gemeente):** **(land):**

Nationaliteit:

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier** **Taal:** **Nederlands** **Frans** ☐ **Engels**

E-mailadres:

Telefoon/GSM:

3.B. Specifieke gegevens

Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid (mutualiteit): ☐ **Ja** ☐ **Neen**

IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten): - - - **BIC-code:**

Professionele sport:

Amateursport:

3.C. Keuze van verzekeringsplannen - Gelieve het vakje naast het (de) gekozen plan(nen) en de vrijstelling aan te vinken.

Begindatum: 01/ /20 (01/maand/jaar)

1.Hospitalisatieverzekering

- ☐ **DKV Hospi Essential**
- ☐ **DKV Hospi Comfort**
- ☐ **DKV Hospi Premium+**

2.Verzekering Ambulante kosten - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

DKV Daily Essential gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Comfort** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Premium** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	**€ 0**	☐ **€ 164,48**

3. Gezondheidszorgverzekering - combinatie van een tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

- ☐ **DKV Medi Pack**

4. Verzekering tandzorg

- ☐ **DKV Smile Essential** (zonder medische vragenlijst)
- ☐ **DKV Smile Comfort**
- ☐ **DKV Smile Premium**

66616_NL_29_202402

Persoon 2: gelieve de vakken 3.A. “Identificatiegegevens”, 3.B. “Specifieke gegevens” en 3.C. “Keuze van verzekeringsplannen” in te vullen.
Gelieve het adres van de woonplaats in België in te vullen.

3.A. Identificatiegegevens

Naam: **Voornaam:** **Gender:** ☐ **M** ☐ **V**

Straat: **Nummer:** **Bus:**

Postcode: **Gemeente:** **Land:** **B** **E**

Geboortedatum: / / **Geboorteplaats (gemeente):** **(land):**

Nationaliteit:

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier** **Taal:** ☐ **Nederlands** ☐ **Frans** ☐ **Engels**

E-mailadres:

Telefoon/GSM:

3.B. Specifieke gegevens

Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid (mutualiteit): ☐ **Ja** ☐ **Neen**

IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten): - - - **BIC-code:**

Professionele sport:

Amateursport:

3.C. Keuze van verzekeringsplannen - Gelieve het vakje naast het (de) gekozen plan(nen) en de vrijstelling aan te vinken.

Begindatum: 01/ /20 (01/maand/jaar)

1.Hospitalisatieverzekering

- **DKV Hospi Essential**
- **DKV Hospi Comfort**
- **DKV Hospi Premium+**

2.Verzekering Ambulante kosten - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

☐ **DKV Daily Essential** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	**€ 0**	☐ **€ 164,48**
DKV Daily Comfort gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	**€ 164,48**
DKV Daily Premium gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	**€ 164,48**

3. Gezondheidszorgverzekering - combinatie van een tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

- ☐ **DKV Medi Pack**

4. Verzekering tandzorg

- **DKV Smile Essential** (zonder medische vragenlijst)
- ☐ **DKV Smile Comfort**
- ☐ **DKV Smile Premium**

66616_NL_29_202402

Persoon 3: gelieve de vakken 3.A. “Identificatiegegevens”, 3.B. “Specifieke gegevens” en 3.C. “Keuze van verzekeringsplannen” in te vullen.
Gelieve het adres van de woonplaats in België in te vullen.

3.A. Identificatiegegevens

Naam: **Voornaam:** **Gender:** ☐ **M** ☐ **V**

Straat: **Nummer:** **Bus:**

Postcode: **Gemeente:** **Land:** **B** **E**

Geboortedatum: / / **Geboorteplaats (gemeente):** **(land):**

Nationaliteit:

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier** **Taal:** ☐ **Nederlands** ☐ **Frans** ☐ **Engels**

E-mailadres:

Telefoon/GSM:

3.B. Specifieke gegevens

Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid (mutualiteit): **Ja** ☐ **Neen**

IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten): - - - **BIC-code:**

Professionele sport:

Amateursport:

3.C. Keuze van verzekeringsplannen - Gelieve het vakje naast het (de) gekozen plan(nen) en de vrijstelling aan te vinken.

Begindatum: 01/ /20 (01/maand/jaar)

1.Hospitalisatieverzekering

DKV Hospi Essential
DKV Hospi Comfort
☐ **DKV Hospi Premium+**

2.Verzekering Ambulante kosten - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

☐ **DKV Daily Essential** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Comfort** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Premium** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**

3. Gezondheidszorgverzekering - combinatie van een tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

☐ **DKV Medi Pack**

4. Verzekering tandzorg

☐ **DKV Smile Essential** (zonder medische vragenlijst)
☐ **DKV Smile Comfort**
☐ **DKV Smile Premium**

66616_NL_29_202402

Persoon 4: gelieve de vakken 3.A. "Identificatiegegevens", 3.B. "Specifieke gegevens" en 3.C. "Keuze van verzekeringsplannen" in te vullen.
Gelieve het adres van de woonplaats in België in te vullen.

3.A. Identificatiegegevens

Naam: **Voornaam:** **Gender:** ☐ **M** ☐ **V**

Straat: **Nummer:** **Bus:**

Postcode: **Gemeente:** **Land:** **B** **E**

Geboortedatum: / / **Geboorteplaats (gemeente):** **(land):**

Nationaliteit:

Manier van communiceren: ☐ **elektronisch** ☐ **papier** **Taal:** ☐ **Nederlands** ☐ **Frans** ☐ **Engels**

E-mailadres:

Telefoon/GSM:

3.B. Specifieke gegevens

Aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid (mutualiteit): ☐ **Ja** ☐ **Neen**

IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten): - - - **BIC-code:**

Professionele sport:

Amateursport:

3.C. Keuze van verzekeringsplannen - Gelieve het vakje naast het (de) gekozen plan(nen) en de vrijstelling aan te vinken.

Begindatum: 01/ /20 (01/maand/jaar)

1.Hospitalisatieverzekering

☐ **DKV Hospi Essential**
☐ **DKV Hospi Comfort**
DKV Hospi Premium+

2.Verzekering Ambulante kosten - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

☐ **DKV Daily Essential** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Comfort** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**
☐ **DKV Daily Premium** gelieve ook de vrijstelling te kiezen	☐ **€ 0**	☐ **€ 164,48**

3. Gezondheidszorgverzekering - combinatie van een tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

☐ **DKV Medi Pack**

4. Verzekering tandzorg

☐ **DKV Smile Essential** (zonder medische vragenlijst)
☐ **DKV Smile Comfort**
☐ **DKV Smile Premium**

66616_NL_29_202402

Verklaringen van de verzekeringnemer

1. Ik verklaar dat ik de administratieve en medische vragen die in dit verzekeringsvoorstel 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.
2. 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 en medische vragen die ik heb gegeven in dit verzekeringsvoorstel. Op basis van mijn antwoorden kan DKV Belgium N.V. de verzekering weigeren of het afsluiten ervan onderwerpen aan bijkomende uitsluitingen en/of bijpremies vermeld in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden of in een bijvoegsel aan het verzekeringscontract.
3. 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).
4. 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.
5. 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.
6. Ik bevestig dat ik een kopie heb ontvangen van dit verzekeringsvoorstel, 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.
7. 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 verzekeringstussenpersoon 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.
8. In geval van een verzekeringscontract op afstand begrijp ik dat DKV Belgium N.V. en ik het verzekeringscontract zonder boete en zonder motiveringsverplichting kunnen opzeggen per aangetekend schrijven binnen 14 kalenderdagen, overeenkomstig de Precontractuele informatiefiche voor de verkoop op afstand van verzekeringsplannen. Deze termijn gaat in op de dag waarop het verzekeringscontract wordt gesloten of op de dag waarop de verzekeringnemer de contractuele voorwaarden en alle andere bijkomende informatie op een duurzame drager ontvangt, indien deze laatste dag later is.
9. Ik begrijp dat de ondertekening van het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch DKV Belgium N.V. verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat, indien DKV Belgium N.V. binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel geen verzekeringsaanbod heeft meegedeeld, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, DKV Belgium N.V. zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
10. 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.
11. Indien de Medi-Card® wordt toegekend bij het sluiten van een verzekering van 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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 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.
16. 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 : __ / __ / __

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 (dd/mm/jjjj) : __ / __ / __ Plaats van handtekening: _____

VERPLICHTE handtekening van de rekeninghouder:

66616_NL_29_202402

Verzekeringsvoorstel voor plannen hospitalisatie, ambulante kosten en/of tandzorg

Medische vragenlijst - vertrouwelijk in te vullen in hoofdletters en te ondertekenen.

Gelieve één vragenlijst per persoon terug te sturen.

Onderschrijven kan ook online via DKV InsureMe.

Indien u **inkomensverliesplannen** wenst te onderschrijven, gelieve het specifieke verzekeringsvoorstel in te vullen.

Voor meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens door DKV Belgium en uw rechten, kan u onze Privacy Verklaring consulteren op onze website https://www.dkv.be/nl/privacy. De laatste versie is er steeds beschikbaar. Indien u kosteloos een papieren exemplaar van onze Privacyverklaring wenst te ontvangen, kunt u dit verzoeken per post Loksumstraat 25, 1000 Brussel of per e-mail privacy@dkv.be

1. Te verzekeren persoon (gelieve het adres van de woonplaats in België in te vullen)

Naam: _____ **Voornaam:** _____

Geboortedatum : __ / __ / ____ **Gender:** M V

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** ___ **Postcode:** ____

Gemeente: _____ **Land:** B E

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

Reeds bestaand polisnummer: _____

Naam: _____ **Voornaam:** _____

Straat: _____ **Nummer:** _____ **Bus:** ___ **Postcode:** ____

Gemeente: _____ **Land:** B E

3. BELANGRIJKE INFORMATIE

De wet bepaalt dat u bij het afsluiten van een verzekeringscontract alle gekende en relevante elementen moet melden zodat de verzekeraar het risico juist kan beoordelen. Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in uw verklaringen kan leiden tot het annuleren van de onderschreven waarborgen met behoud van de betaalde premies door de verzekeraar, zoals bepaald in artikel 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De antwoorden op de vragen hieronder vormen het noodzakelijke minimum voor de verzekeraar en dienen bovendien om u te helpen bij **de correcte en volledige aangifte van de huidige gezondheidstoestand en van de eventuele medische voorgeschiedenis.**

Om uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle medische documenten gelinkt aan deze vragenlijst bijvoegen. Indien u het wenst, kan u deze medische vragenlijst onder vertrouwelijke omslag opsturen naar : DKV Belgium N.V, t.a.v. de raadgevend arts, Loksumstraat 25, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke te verzekeren persoon die, indien hij dit wenst, bij zijn verzekeringsbemiddelaar of via de website www.dkv.be een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan verkrijgen en afzonderlijk terugsturen.

4. Medische vragenlijst van de te verzekeren persoon

4.A. Algemene vragenlijst, verplicht voor alle waarborgen (voor DKV Smile - tandzorgen - moet alleen rubriek 4.B. worden ingevuld)

1. Hebt u in de afgelopen vijf jaar langer dan een maand een gezondheidsprobleem (fysiek/mentaal) gehad of bent u voor dergelijk probleem behandeld ?

Neen Ja*

2. Hebt u momenteel een gezondheidsprobleem (fysiek/mentaal) of bent u de afgelopen vier weken voor een dergelijk probleem behandeld (of zijn er onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden) ?

Neen Ja*

3. Hebt u in de afgelopen twaalf maanden geneesmiddelen gebruikt gedurende meer dan een maand (andere dan anticonceptiemiddelen) ?

Neen Ja*

4. Hebt u een handicap (fysiek/mentaal) of bent u invalide ?

Neen Ja*

5. Bent u drager van een prothese of een implantaat (andere dan tandheelkundige) ?

Neen Ja*

6. Wat is uw huidige lengte ? ..... **cm**

Wat is uw huidige gewicht ? ..... **kg** Bij zwangerschap, gelieve uw gewicht van net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden.

7. Bent u zwanger ?

Neen Ja

8. Rookt u ? (incl. e-sigaretten)

Neen Ja

***Belangrijk :** indien u één of meer van de bovenstaande vragen (1 tem 5) met **Ja** hebt beantwoord, dan moet u ook de aanvullende vragenlijst 4.C verplicht invullen. Indien u **Neen** hebt geantwoord op alle vragen (1 tem 5), dan hoeft u vragenlijst 4.C. niet bijkomend in te vullen. Vergeet echter niet om dit document te ondertekenen op de laatste bladzijde.

67115_NL_13_202401

Te verzekeren persoon Naam: **Voornaam:**

4.B. Algemene vragenlijst alleen in te vullen DKV Smile Comfort en DKV Smile Premium (tandzorg).

Het is niet nodig om deze vragenlijst in te vullen voor kinderen tot 4 jaar noch voor DKV Smile Essential.

1. Hoeveel natuurlijke tanden ontbreken er en/of hoeveel natuurlijke tanden zijn gedeeltelijk of volledig vervangen door een uitneembare of vaste tandprothese?

Voor deze berekening moet u rekening houden met:
- elke natuurlijke tand die niet meer aanwezig is en nog niet vervangen is;
- elke ontbrekende tand die reeds vervangen is door een prothese (bijv. brug, implantaat of uitneembare prothese);
- elke -nog aanwezige- natuurlijke tand die reeds voorzien is van een prothese (bijv. een kroon of een brug op bestaande tanden).

Met melktanden, wijsheidstanden of tanden die zijn verwijderd in het kader van een orthodontische behandeling moet geen rekening worden gehouden.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 of meer

2. Hebt u reeds een orthodontische behandeling ondergaan of is een dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden?

☐ Neen ☐ Ja

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

4.C. Aanvullende vragenlijst in te vullen enkel indien u één van de vragen (1 tot en met 5) van de algemene vragenlijst (4A) met 'Ja' hebt beantwoord.

Bent u op raadpleging of in behandeling geweest in de afgelopen 5 jaar (tot op heden) of hebt u in de afgelopen 12 maanden (tot op heden) medicatie genomen voor één of meerdere van de volgende aandoeningen:

** Zo ja, gelieve het vakje naast de betrokken specifieke aandoening aan te kruisen.*
*** Indien uw specifieke aandoening niet in het lijstje staat, markeer dan het vakje «andere aandoening» en specifieer over welke aandoening het gaat.*

A. Aandoeningen van hart en bloedvaten en van het bloed? ☐ Neen ☐ Ja*

1. bloedarmoede (anemie) ☐
2. hartklepaandoening (inclusief kunstklep) ☐
3. hartinfarct ☐
4. aandoening van de slagaderen ☐
5. varices (spataderen) (niet geopereerd) ☐
6. hypertensie (hoge bloeddruk) ☐
7. hyperlipidemie / hypercholesterolemie ☐
8. andere aandoening**: ..... ☐

B. Aandoeningen van het zenuwstelsel of de spieren? ☐ Neen ☐ Ja*

9. epilepsie (vallende ziekte) ☐
10. multiple sclerose (MS) ☐
11. hersenbloeding of herseninfarct (beroerte / CVA) ☐
12. migraine ☐
13. ziekte van Parkinson ☐
14. ziekte van Alzheimer ☐
15. chronisch vermoeidheidssyndroom ☐
16. fibromyalgie ☐
17. chronische ziekte van Lyme ☐
18. andere aandoening**:..... ☐

C. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel? ☐ Neen ☐ Ja*

19. astma ☐
20. allergische rinitis ☐
21. chronisch obstructieve longaandoening (longemfyseem, chronische bronchitis) ☐
22. andere aandoening**: ..... ☐

D. Aandoeningen van de huid? ☐ Neen ☐ Ja*

23. psoriasis ☐
24. eczeem ☐
25. andere aandoening**:..... ☐

E. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, de lever of van de buikwand? ☐ Neen ☐ Ja*

26. reflux ☐
27. maagzweer ☐
28. ziekte van Crohn ☐
29. colitis ulcerosa ☐
30. aandoening van de pancreas ☐
31. levercirrose ☐
32. dikke darmpoliep ☐
33. liesbreuk (niet geopereerd) ☐
34. navelbreuk (niet geopereerd) ☐
35. maagbreuk (niet geopereerd) ☐
36. andere aandoening**:..... ☐

F. Aandoeningen van oog, neus, keel en oor? ☐ Neen ☐ Ja*

37. cataract (grijze staar) (niet geopereerd) ☐
38. glaucoom (groene staar) ☐
39. strabisme (scheelzien) (niet geopereerd) ☐
40. gehoorverlies / hoorapparaat ☐
41. slaapapneu / overmatig snurken ☐
42. cholesteatoom (chronische middenoorontsteking) ☐
43. tinnitus (chronisch oorsuizen) ☐
44. andere aandoening**:..... ☐

G. Endocriene aandoeningen (klieren)? ☐ Neen ☐ Ja*

45. diabetes mellitus (suikerziekte) ☐
46. aandoening van de schildklier (goiter, hyperthyroïdie, schildkliernodule) ☐
47. andere aandoening**:..... ☐

H. Aandoeningen van de urinewegen of geslachtsorganen? ☐ Neen ☐ Ja*

48. nierinsufficiëntie ☐
49. nierdialyse ☐
50. nierstenen ☐
51. incontinentie ☐
52. prostaathypertrofie ☐
53. endometriose ☐
54. aandoening eileiders (cyste, ontsteking,...) ☐
55. abnormaal (PAP) uitstrijkje ☐
56. andere aandoening**:..... ☐

I. Aandoeningen van de beenderen of de gewrichten? ☐ Neen ☐ Ja*

57. discus hernia cervicaal (nek) ☐
58. discus hernia dorsaal (bovenrug) ☐
59. discus hernia lumbo-sacraal (onderrug) ☐
60. chronisch rugpijn ☐
61. aandoening schouder (luxatie, frozen shoulder,...) ☐
    ☐ links ☐ rechts
62. gonartrose (artrose knie) ☐
63. coxartrose (artrose heup) ☐
64. fractuur: specifieer ☐
    ☐ schouder links ☐ schouder rechts
    ☐ heup links ☐ heup rechts
    ☐ knie links ☐ knie rechts
    ☐ rugwervel
65. artritis (reuma,...) ☐
66. scheur kruisbanden knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
67. scheur meniscus knie ☐
    ☐ links ☐ rechts
68. hallux valgus (scheefstaande grote teen) (niet geopereerd) ☐
69. carpaal tunnel syndroom (niet geopereerd) ☐
70. andere aandoening**: ..... ☐

J. Infectieziekten? ☐ Neen ☐ Ja*

71. AIDS - HIV positief ☐
72. hepatitis ☐
73. tuberculose ☐
74. andere aandoening**:..... ☐

K. Psychische aandoeningen of gedragsstoornissen? ☐ Neen ☐ Ja*

75. depressie ☐
76. burn-out ☐
77. dwangstoornis (obsessief-compulsieve stoornis) ☐
78. angststoornis ☐
79. schizofrenie ☐
80. bipolaire stoornis (manisch-depressieve stoornis) ☐
81. dementie ☐
82. AD(H)D (Attention Deficit (and Hyperactivity) Disorder) ☐
83. autisme ☐
84. andere aandoening** :..... ☐

67115_NL_13_202401

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

L. Genderidentiteit ☐ Neen ☐ Ja*

85. genderdysforie ☐

M. Kwaadaardige aandoeningen (kanker)? ☐ Neen ☐ Ja*

86. specifieer (type, orgaan)?

☐ colorectaal ☐ keel
☐ maag ☐ schildklier
☐ leukemie ☐ blaas
☐ melanoom ☐ prostaat
☐ non-Hodgkin lymfoom ☐ borst
☐ pancreas ☐ baarmoederhals
☐ long ☐ eierstok
☐ nier ☐ andere: .....

Heeft u een behandeling ondergaan met

87. - radiotherapie? ☐ Neen ☐ Ja
88. - chemotherapie? ☐ Neen ☐ Ja

N. Andere aandoeningen niet vermeld hierboven? ☐ Neen ☐ Ja*

.....

O. Hebt u een orgaantransplantatie ondergaan (incl. stamcellen en beenmerg) of staat u op een wachtlijst? ☐ Neen ☐ Ja*

Welk orgaan:

89. nier ☐
90. lever ☐
91. hart ☐
92. ander: ..... ☐

P. Hebt u een handicap of bent u invalide? ☐ Neen ☐ Ja*

93. Specifieer: .....

Q. Bent u drager van een prothese of een implantaat? ☐ Neen ☐ Ja*

94. borstprothese ☐ links ☐ rechts
95. knieprothese ☐ links ☐ rechts
96. heupprothese ☐ links ☐ rechts
97. neurostimulator ☐
98. andere:

.....

R. Zijn er tandbehandelingen lopende, voorzien of aangeraden ? ☐ Neen ☐ Ja*

99. orthodontie ☐
100. parodontologie ☐
101. prothese (bijvoorbeeld vals gebit, kroon, brug of implantaat) ☐

S. Zijn er onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden ? ☐ Neen ☐ Ja*

102. cardiovasculair onderzoek ☐
103. slaaponderzoek (polysomnografie) ☐
104. ander onderzoek:

.....

T. Is er een hospitalisatie voorzien ? ☐ Neen ☐ Ja*

105. indien ja, wanneer en waarvoor ?

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

67115_NL_13_202401

Vergeet niet te tekenen op de volgende bladzijde

Te verzekeren persoon Naam: _____ **Voornaam:** _____

Specifieke verklaringen van de te verzekeren persoon

1. Ik verklaar dat ik de administratieve en medische vragen die in dit verzekeringsvoorstel 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.
2. 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 en medische vragen die ik heb gegeven in dit verzekeringsvoorstel. Op basis van mijn antwoorden kan DKV Belgium N.V. de verzekering weigeren of het afsluiten ervan onderwerpen aan bijkomende uitsluitingen en/of bijpremies vermeld in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden of in een bijvoegsel aan het verzekeringscontract.
3. Ik verklaar dat ik voldoe aan de vereiste verzekerbaarheidsvoorwaarden met betrekking tot de af te sluiten verzekering(en). Tijdens de duur van het contract, verbind ik mij ertoe DKV Belgium N.V. onmiddellijk schriftelijk in kennis te stellen van elke wijziging van mijn Belgisch sociaal statuut en van elke wijziging van mijn woonplaats en/of mijn vaste en gebruikelijke verblijfplaats/feitelijke hoofdverblijfplaats.
4. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de gezondheidstoestand die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mee te delen.
5. Ik weet dat de handtekening op het verzekeringsvoorstel noch de verzekeringnemer, noch DKV Belgium N.V. verbindt tot het sluiten van het contract. Ik weet echter dat indien binnen 30 dagen na ontvangst van het verzekeringsvoorstel DKV Belgium N.V. geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, DKV Belgium N.V. zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
6. 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.
7. Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres gebruikt mag worden voor de communicatie en het beheer van mijn (pre)contractuele relaties met DKV Belgium N.V.
8. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en diensten van DKV Belgium N.V. Ik heb het recht om mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor direct marketing door een eenvoudig schriftelijk verzoek per e-mail naar privacy@dkv.be of per post naar Loksumstraat 25, 1000 Brussel.
9. 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.

Toestemming voor de verwerking van mijn 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)22876411.
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. Voorafgaand aan het afsluiten van een verzekeringscontract verwerkt DKV Belgium N.V. uw medische gegevens naar aanleiding van medische vragenlijsten/verzoeken specifiek met het oog op de beoordeling van risico's en geschiktheid tot het afsluiten van het verzekeringscontract. 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 gegevensbescherming van DKV Belgium N.V. per post op het adres Loksumstraat 25, 1000 Brussel, België of per e-mail op privacy@dkv.be.

Uw handtekening is VERPLICHT in elk van de onderstaande vakken.

Specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.
Naam, voornaam en handtekening, voor akkoord, van de meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam:..... **Voornaam:** .....

Verplichte handtekening:

Datum : / /

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens.
Naam, voornaam en handtekening, voor akkoord, van de meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam:..... **Voornaam:** .....

Verplichte handtekening:

Datum : / /

67115_NL_13_202401