

Verzekeringsagent of zonder verzekeringstussenpersoon

VERZEKERINGSVOORSTEL- Administratieve vragenlijst (in te vullen en te ondertekenen) Individuele voortzetting¹

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.

Hoofdkenmerken van een individuele voortzetting van een DKV groepscontract:

- indienen van een aanvraag binnen de 105 dagen volgend op het verlies van het voordeel van de collectieve DKV polis;
- ononderbroken verzekerd zijn geweest bij één of meer ziekteverzekeringsovereenkomsten gedurende 2 jaar voorafgaand aan het verlies van het voordeel van de collectieve DKV polis;
- geen onderbreking tussen het einde van de collectieve DKV polis en het begin van de individueel voortgezette polis².

Polisnr. groep:

Inschrijvingsnr:
(indien groep DKV)

Beëindigingsdatum:

Polisnr. Horizon: Medi-Card® nr.: - -

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

Met verzekeringstussenpersoon Naam of benaming van de verzekeringstussenpersoon:

Nummer DKV: Nummer FSMA:

In hoedanigheid van: Verzekeringsagent verbonden

Referentie van de verzekeringsagent of subagent:

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

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:

Zonder verzekeringstussenpersoon/
Rechtstreeks contact met DKV Belgium N.V. (DKV-agentnr.) :

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

Mr Mej Mevr

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 verzekerden persoon is noodzakelijk) papier

¹ Betreft hospitalisatie, ambulante of tandplan DKV-groep, het plan Horizon.

² De premie is verschuldigd vanaf de einddatum van de groepsaansluiting

3. Identificatie van de te verzekeren personen (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.

Te verzekeren personen	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Naam:				
Voornaam:				
Gender:	<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
E-mailadres:				
IBAN-nr. (voor de terugbetaling van medische kosten):				
BIC-nr.:				

4. Behoeftanalyse en advies van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingsdienst

Ik wens alle groepsverzekeringsplannen of een deel ervan individueel voort te zetten, nl. (gelieve de gewenste waarborg(en) aan te duiden)

Hospitalisatieverzekering :

DKV Hospi Essential (Exit Group) DKV Hospi Comfort (Exit Group) DKV Hospi Premium+ (Exit Group)

DKV Medi Pack Doelplan van het plan Horizon

Verzekering ambulante kosten: DKV Daily Comfort (Exit Group)

Tandverzekering: DKV Smile Comfort DKV Smile Premium

Wachtpolis: Horizon

5. Keuze van de verzekeringnemer

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Begin 01/maand/jaar:	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....
Hospitalisatieverzekering				
	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Essential (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Essential (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Essential (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Essential (Exit Group)
	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Comfort (Exit Group)
	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Premium+ (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Premium+ (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Premium+ (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Hospi Premium+ (Exit Group)
	<input type="checkbox"/> DKV Medi Pack	<input type="checkbox"/> DKV Medi Pack	<input type="checkbox"/> DKV Medi Pack	<input type="checkbox"/> DKV Medi Pack
	<input type="checkbox"/> Doelplan van het plan Horizon	<input type="checkbox"/> Doelplan van het plan Horizon	<input type="checkbox"/> Doelplan van het plan Horizon	<input type="checkbox"/> Doelplan van het plan Horizon
Verzekering ambulante kosten				
	<input type="checkbox"/> DKV Daily Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Daily Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Daily Comfort (Exit Group)	<input type="checkbox"/> DKV Daily Comfort (Exit Group)
Vrijstelling (te kiezen indien DKV Daily Comfort Exit Group)	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 164,48	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 164,48	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 164,48	<input type="checkbox"/> € 0 <input type="checkbox"/> € 164,48
Tandverzekering				
	<input type="checkbox"/> DKV Smile Comfort	<input type="checkbox"/> DKV Smile Comfort	<input type="checkbox"/> DKV Smile Comfort	<input type="checkbox"/> DKV Smile Comfort
	<input type="checkbox"/> DKV Smile Premium	<input type="checkbox"/> DKV Smile Premium	<input type="checkbox"/> DKV Smile Premium	<input type="checkbox"/> DKV Smile Premium
Wachtpolis				
	<input type="checkbox"/> Horizon	<input type="checkbox"/> Horizon	<input type="checkbox"/> Horizon	<input type="checkbox"/> Horizon

6. Bevestiging keuze van de verzekeringnemer

Ik bevestig uitdrukkelijk dat de geselecteerde plan(nen) overeenkom(en) met mijn wensen, dat ik werd gewezen op het risico op onderverzekering, oververzekering, dubbel verzekerd zijn en verkeerd verzekerd zijn en ik bevestig mijn wil om deze verzekering af te sluiten: Ja Neen

VERZEKERINGSVOORSTEL- Administratieve vragenlijst

Verklaringen van de verzekeringnemer

- Ik verklaar dat ik de administratieve 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.
- 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 vragen die ik het gegeven in dit verzekeringsvoorstel.
- 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 Informatie-document 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 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.
- 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.
- 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.
- Ik verklaar dat de verzekeringnemer en de te verzekeren personen voldoen aan de vereiste verzekeraarvoorwaarden 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' 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...

VERPLICHTE handtekening van de verstrekker van de verzekeringsbemiddelingdienst + 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 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: