

## VERZEKERINGSVOORSTEL- Administratieve vragenlijst | PLAN HORIZON (wachtpolis)

Naam of benaming van de verzekeringsbemiddelaar \_\_\_\_\_ Nummer 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Verzekeringnemer:** Polisnr.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Inschrijvingsnr (indien groep DKV) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Naam / voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Gemeente / Postcode/ Land: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

IBAN rekeningnr.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC rekeningnr.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ik ondergetekende, verzekeringnemer, bevestig uitdrukkelijk dat alle onderstaande personen (familiale aansluiting is vereist) effectief aangesloten zijn in de collectieve hospitalisatiepolis van mijn werkgever \_\_\_\_\_ met nummer \_\_\_\_\_ onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij \_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_.

Ik bevestig dat het groepscontract voldoet aan de minimumvereisten zoals vermeld in punt 1.2.1. van de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (editie 12/2009) en dat de te verzekeren personen voldoen aan de voorwaarden vermeld in punt 6 ('verzekerbareheid').

| <b>Te verzekeren personen:</b> naam + voornaam | geslacht                                               | geboortedatum | burgerlijke staat <sup>1</sup> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| 1.                                             | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> V | / /           |                                |
| 2.                                             | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> V | / /           |                                |
| 3.                                             | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> V | / /           |                                |
| 4.                                             | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> V | / /           |                                |

**Polis aan:** ☐ Verzekeringnemer ☐ Verzekeringsbemiddelaar  
**Taal:** ☐ Nederlands ☐ Frans ☐ Duits ☐ Engels  
**Premiebetaling:** ☐ Maandlijks (verplichte SEPA-domiciliëring) ☐ Driemaandlijks ☐ Zesmaandlijks (- 1%) ☐ Jaarlijks (- 3%)  
**Betalingswijze:** ☐ SEPA-domiciliëring ☐ Overschrijving ☐ Verzekeringsbemiddelaar

Gewenste aanvangsdatum: **01** / / **20**

<sup>1</sup> A = Alleenstaand - G = Gehuwd – S = Samenwonend

## VERZEKERINGSVOORSTEL- Medische vragenlijst VERTROUWELIJK

**Uitsluitend** voor nieuwe klanten verzekerd in een collectieve **niet-DKV** hospitalisatiepolis

Gelieve elke vraag te beantwoorden. Indien u reeds op ononderbroken wijze verzekerd bent bij DKV Belgium N.V. volgens een individuele hospitalisatiepolis, dient u deze vragenlijst niet te vervullen.

**PLAN HORIZON groep niet-DKV**

| Naam - Voornaam                                                                                                                                                                                     | Persoon 1 |     | Persoon 2 |     | Persoon 3 |     | Persoon 4 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| <b>Geboortedatum</b>                                                                                                                                                                                |           |     |           |     |           |     |           |     |
| 1. Werd u in de loop van de laatste 7 jaar in een ziekenhuis (inclusief dagziekenhuis) opgenomen?                                                                                                   | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 2. Hebt u gedurende de laatste 3 jaar ziekten, ongevallen, behandelingen of symptomen gehad, waarvoor geen ziekenhuisopname plaatsvond (inclusief tandheelkunde)?                                   | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 3. Lijdt u aan een handicap of een chronische ziekte? Zo ja, preciseer.                                                                                                                             | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 4. Zijn er afwijkingen vastgesteld bij medische onderzoeken (bijv. bloed- of hartonderzoeken, medische beeldvorming zoals Röntgenfoto's, CT-scan, NMR, echografie, ...)?                            | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 5. Neemt u geneesmiddelen? Welke? Om welke redenen?                                                                                                                                                 | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 6. Volgt u momenteel een tandbehandeling (incl. orthodontie, stomatologische of parodontologische behandeling) al dan niet in een ziekenhuis? Is een dergelijke behandeling voorzien of aangeraden? | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 7. Hebt u de jongste 12 maanden een dieet, een kinesitherapeutische, logopedische, psychotherapeutische, homeopathische, acupunctuur-, chiropractische of osteopathische behandeling gevolgd?       | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 8. Bent u momenteel zwanger?                                                                                                                                                                        | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* | nee       | ja* |
| 9. Wat is op dit ogenblik uw grootte en uw gewicht? Bij zwangerschap, gelieve uw gewicht net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden.                                                             | cm        | kg  | cm        | kg  | cm        | kg  | cm        | kg  |

\* Indien u 'ja' geantwoord hebt op één van de vragen, gelieve ons bijkomende inlichtingen te bezorgen (hierboven is ruimte voorzien) omtrent de aard en precieze locatie (bv. links of rechts) van de aandoening, de kwetsuren, de misvorming, de handicap, de afwijking, de medische behandeling, de periode van hospitalisatie, van werkonbekwaamheid en/of de medische behandeling en de eventuele gevolgen, zodat wij het risico correct kunnen beoordelen.

Teneinde uw dossier beter te kunnen behandelen, kan u ook alle nuttige in uw bezit zijnde medische documenten bijvoegen.

Indien u het wenst, kan u dit deel van het document losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar de raadsgeneesheer van DKV Belgium N.V.: Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke kandidaat-verzekerde die, indien hij dit wenst, bij zijn bemiddelaar of via de website [www.dkv.be](http://www.dkv.be) een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan bekomen en afzonderlijk terugsturen.

DKV Belgium S.A./N.V. | Bd Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Bruxelles/Brussel | Tel.: +32 (0)2 287 64 11 | Fax.: +32 (0)2 287 64 12 | [www.dkv.be](http://www.dkv.be) |

R.P.M./R.P.R. 0414858607 | Trib. Comm. Bruxelles / Rbkh Brussel | Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 'maladie' |

Onderneming toegelaten onder nr. 0739 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen.

## **VERZEKERINGSVOORSTEL – Administratieve vragenlijst – Verklaringen van de verzekeringnemer**

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet op de landverzekeringsovereenkomst.
2. Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef DKV Belgium N.V. toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervuldigd werden door een derde persoon.
3. Ik bevestig een voor eensluidend verklaard afschrift van dit verzekeringsvoorstel te hebben ontvangen alsook een exemplaar van de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden. Ik verklaar de inhoud en de toepassing ervan te aanvaarden. Deze voorwaarden zijn beschikbaar op [www.dkv.be](http://www.dkv.be).
4. 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, hij zich verbindt tot het sluiten van het contract op straffe van schadevergoeding. Het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel impliceert niet dat de dekking aanvang neemt.
5. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de verstrekte inlichtingen die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mede te delen.
6. 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 vervuldigd werd en dat, wanneer de omschakeling naar het plan IS2000 gebeurt 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 plan IS2000 verhoogd worden met een maximale meerprijs 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 plan IS2000 ontvangen heeft binnen de 105 dagen volgend op de datum waarop de verzekerde persoon niet langer de voordelen van het groepscontract geniet.
7. Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Ik verklaar op de hoogte te zijn van het recht om me te verzetten –op verzoek en gratis– tegen de behandeling van persoonlijke gegevens voor promotiedoeleinden; er bestaat een toegangsrecht en een rechtzettingsrecht wat deze gegevens betreft.
8. De Medi-Card® wordt uitgereikt bij het afsluiten 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®.
9. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de Ombudsman van DKV Belgium N.V.: [ombudsman@dkv.be](mailto:ombudsman@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.
10. 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 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.
11. Ik geef DKV Belgium N.V. uitdrukkelijk de toestemming om mijn gegevens betreffende de gezondheid te verwerken overeenkomstig de wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

**Handtekening van de verzekeringnemer of van zijn wettelijke vertegenwoordiger:**

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

## **VERZEKERINGSVOORSTEL – Medische vragenlijst – Verklaringen van de te verzekeren perso(o)n(en) - VERTROUWELIJK**

### **Uitsluitend voor nieuwe klanten verzekerd in een collectieve niet-DKV hospitalisatiepolis**

1. Ik weet dat het verzekeringsvoorstel bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst en dat het strekt tot het afsluiten van een verzekeringscontract bij DKV Belgium N.V. De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij de polisuitgifte, na ontvangst door DKV Belgium N.V. van de administratieve en de medische vragenlijst en in voorkomend geval van het ondertekende bijvoegsel aan het verzekeringscontract opgesteld conform de wet op de landverzekeringsovereenkomst.
2. Ik verklaar dat de verstrekte inlichtingen juist, ter zake dienend en niet overmatig zijn en geef DKV Belgium N.V. toelating om deze informatie in te winnen en te verwerken teneinde het contract af te sluiten en uit te voeren. Daarom verklaar ik in te staan voor de juistheid en volledigheid van de inlichtingen en kennis te hebben van hun bindend karakter, ook indien ze verstrekt en/of vervuldigd werden door een derde persoon.
3. 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.
4. Ik verbind mij ertoe elke verandering betreffende de gezondheidstoestand die optreedt voor de uitgifte van de polis, schriftelijk aan DKV Belgium N.V. mede te delen.
5. 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 vervuldigd werd en dat, wanneer de omschakeling naar het plan IS2000 gebeurt 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 plan IS2000 verhoogd worden met een maximale meerprijs 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 plan IS2000 ontvangen heeft binnen de 105 dagen volgend op de datum waarop de verzekerde persoon niet langer de voordelen van het groepscontract geniet.
6. Ik laat toe dat DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België te Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel, als houder van het bestand, deze gegevens verwerkt met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. Ik verklaar op de hoogte te zijn van het recht om me te verzetten –op verzoek en gratis– tegen de behandeling van persoonlijke gegevens voor promotiedoeleinden; er bestaat een toegangsrecht en een rechtzettingsrecht wat deze gegevens betreft.
7. Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de Ombudsman van DKV Belgium N.V.: [ombudsman@dkv.be](mailto:ombudsman@dkv.be) of in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel), onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer een gerechtelijke procedure aan te spannen.
8. Ik geef DKV Belgium N.V. uitdrukkelijk de toestemming om mijn gegevens betreffende de gezondheid te verwerken overeenkomstig de wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

**Handtekening van elke meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:**

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

## Verklaringen bij het SEPA-mandaat Europese domiciliëring

Bent u reeds klant bij DKV? Gelieve uw polisnummer te vermelden:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Indien meerdere verzekeringscontracten onderschreven werden, gelieve ons voor elk contract een ingevuld en ondertekend SEPA-mandaat op te sturen<sup>1</sup>.

Gekozen verzekeringscontract: ☐ Gezondheid ☐ Zorgverzekering ☐ Inkomensverlies

Gekozen periodiciteit: ☐ Maandelijks ☐ Driemaandelijks ☐ Zesmaandelijks ☐ Jaarlijks

**Gelieve een ingevulde en ondertekende kopie van het SEPA-mandaat of de SEPA-mandaten te bewaren, en het origineel naar DKV te sturen.** De referentie / het referentienummer van het SEPA-mandaat wordt u per post meegedeeld (voor nieuwe contracten).

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 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.

**Handtekening van de rekeninghouder**

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SEPA-mandaat Europese domiciliëring

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming enerzijds aan DKV Belgium N.V. | Bischoffsheimlaan 1 - 8 | 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.

Alle velden zijn verplicht in te vullen.

### Identificatie mandaat (In te vullen door DKV Belgium N.V.)

Mandaat referte: (Maximum 35 karakters)

Beschrijving van  
onderliggend contract:

Type betaling:

☒ terugkerend of

(mag meerdere malen gebruikt worden)

☐ eenmalig

(mag slechts voor een betaling dienen)

### Identificatie van de debiteur (In te vullen door de rekeninghouder)

Naam en voornaam:  
(Maximum 70 karakters)

Adres :  
(Maximum 70 karakters)

Postcode:

Stad:

Land:

(U kunt uw IBAN rekeningnummer en BIC code als info op uw rekeningafschriften vinden)

Rekeningnummer (IBAN):

Uw bank BIC code:

(BIC, maximum 11 karakters, niet verplicht in België)

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

### Handtekening van de rekeninghouder

<sup>1</sup> Een elektronisch exemplaar van het SEPA-mandaat is beschikbaar op onze site: [www.dkv.be](http://www.dkv.be)