



## 4. Keuze van de kandidaat-verzekeringnemer

### 4.1. Hospitalisatieverzekering - vrije keuze van kamer

**DKV Hospi Premium, DKV Hospi Flexi, Wachtijd mutualiteit DKV Hospi Premium**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen verzekeringsplan:				
Begin 01/maand/jaar	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....
Vrijstelling				

### 4.2. Wachtpolis hospitalisatie

**Plan Horizon** (gelieve het daartoe bestemde verzekeringsvoorstel te gebruiken)

### 4.3. Hospitalisatieverzekering - tweepersoonskamer en ambulante kosten zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

**DKV Medi Pack**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Begin 01/maand/jaar	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....

### 4.4. Verzekering ambulante kosten - zonder hospitalisatie (bezoeken, raadplegingen, paramedische prestaties, ...)

**Plan A2 / Plan A2+**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen verzekeringsplan:				
Begin 01/maand/jaar	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....
Vrijstelling				

### 4.5. Verzekering tandzorg

**DKV SMILE** (online onderschrijving mogelijk op [www.dkvsmile.be](http://www.dkvsmile.be))

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Begin 01/maand/jaar	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....

**Plan Tandzorg** (info voor onderschrijving op [www.dkv.be](http://www.dkv.be))

### 4.6. Aanvullende zorgverzekering

**DKV Home Care**

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Gekozen formule:	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top
Optie Exo (premiëvrijstelling):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Begin 01/maand/jaar	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....	01/...../20.....

### 4.7. Verzekering inkomensverlies (gelieve een bewijs van uw beroepsinkomen van de laatste 3 jaren toe te voegen en voor de optie Plan 'Business' een lijst met uw vaste beroepsuitgaven, eveneens van de laatste 3 jaren)

Te verzekeren persoon: Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

Begin 01/maand/jaar: 01/...../20.....

PLAN	RENTE / FORMULE	KARENTIE	JAARRENTE
<input type="checkbox"/> GI Continuity+ Exo	<input type="checkbox"/> Geïndexeerd <input type="checkbox"/> Stijgend <input type="checkbox"/> Constant Formule: <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> afkoop 30 d <input type="checkbox"/> 30 d <input type="checkbox"/> 60 d <input type="checkbox"/> 90 d <input type="checkbox"/> 180 d <input type="checkbox"/> 365 d	€ _____
<input type="checkbox"/> GI eindleeftijd 65 jaar of <input type="checkbox"/> GI andere duur: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 jaar	<input type="checkbox"/> Geïndexeerd <input type="checkbox"/> Stijgend <input type="checkbox"/> Constant	<input type="checkbox"/> afkoop 30 d <input type="checkbox"/> 30 d <input type="checkbox"/> 60 d <input type="checkbox"/> 90 d <input type="checkbox"/> 180 d <input type="checkbox"/> 365 d	€ _____
<input type="checkbox"/> Optie Business	<input type="checkbox"/> Geïndexeerd <input type="checkbox"/> Stijgend <input type="checkbox"/> Constant	<input type="checkbox"/> afkoop 30 d <input type="checkbox"/> 30 d <input type="checkbox"/> 60 d <input type="checkbox"/> 90 d <input type="checkbox"/> 180 d <input type="checkbox"/> 365 d	€ _____

Nauwkeurige beschrijving van de beroepsactiviteiten waaruit de te verzekeren persoon een beroepsinkomen haalt: \_\_\_\_\_

Begindatum beroepsactiviteit onder het statuut van zelfstandige: \_\_\_\_\_ Hebt u reeds een soortgelijke activiteit uitgeoefend?  ja  nee

Indien ja, onder welk statuut? \_\_\_\_\_ Begindatum: \_\_\_\_\_ Einddatum: \_\_\_\_\_

Professionele verplaatsing buiten België:  ja  nee Indien ja, welke landen? \_\_\_\_\_

Effectief verblijf in het buitenland: meer dan 6 maanden per jaar:  ja  nee

Begunstigde van de vergoedingen:  verzekeringnemer  verzekerde  andere

Indien andere: Naam of benaming: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

### 4.8. Reeds bestaande of vroegere polis bij andere verzekeringsmaatschappij / ziekenfonds / DKV : nee

ja, polisnr. : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_ bij : \_\_\_\_\_  lopende  beëindigd  groepspolis  indiv. polis

Kapitaal of rente indien dekking inkomensverlies: \_\_\_\_\_

## Verklaringen van de verzekeringnemer

- 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 betreffende de verzekeringen.
- Ik verklaar de precontractuele informatiefiche en de beschrijving van het belangenconflictenbeleid te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen. Deze documenten zijn eveneens beschikbaar op de site [www.dkv.be](http://www.dkv.be).
- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd over de specifieke kenmerken, de omvang en de beperkingen (inclusief de uitsluitingen voorzien in de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden) van de gekozen ziekteverzekering.
- 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).
- Ik weet dat enkel de verzekeraar DKV Belgium N.V. verantwoordelijk is voor de aanvaarding van het risico en het sluiten van het verzekeringscontract op basis van de persoonsgegevens van de te verzekeren personen die vermeld zijn op het verzekeringsvoorstel/onderschrijvingsformulier. De aanvaardingsvoorwaarden zijn beschreven in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden.
- Bij onderschrijving van een verzekeringscontract op afstand (m.a.w. zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de verzekeraar en/of verzekeringstussenpersoon enerzijds en van de verzekeringnemer anderzijds), verklaar ik de precontractuele informatiefiche in het kader van de verkoop op afstand van een verzekeringsplan te hebben ontvangen en er kennis van te hebben genomen.
- 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 vervolledigd werden door een derde persoon.
- 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.
- 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.
- 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®.
- Tijdens de duur van het contract en in overeenstemming met de van kracht zijnde wetgeving, verbind ik mij er bovendien toe elke wijziging van mijn sociaal statuut en mijn ziekenfondsstatuut aan DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk mee te delen. In geval van het onderschrijven van een plan van het type 'inkomensverlies' bij DKV Belgium N.V., verbind ik mij er bovendien toe DKV Belgium N.V. onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging m.b.t. de verzekerde beroepsactiviteiten. Indien een Plan GI onderschreven wordt voor een andere duur dan de eindleef tijd van 65 jaar, bevestig ik dat dit op mijn eigen aanvraag is gebeurd en overeenstemt met mijn wensen.
- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd en mijn akkoord gegeven heb dat mijn persoonlijke gegevens die via dit document verzameld en gecommuniceerd werden aan DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België (Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel) door laatstgenoemde verwerkt worden, als verantwoordelijke van de verwerking met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van de verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen, het opmaken van statistieken en promotie. De persoonlijke gegevens zijn toegankelijk voor de afdelingen Contracten, Uitkeringen, Boekhouding, Sales & Marketing, Legal, Compliance, Archiving & Scanning, Actuariaal & Statistiek, Planning & Controlling, interne Audit en Quality Control. DKV Belgium N.V. hecht veel belang aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en stelt alles in het werk om de persoonsgegevens van haar klanten te beschermen overeenkomstig de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (wet op de persoonlijke levenssfeer). Ik heb het recht om al mijn gegevens te raadplegen en deze indien nodig, te laten wijzigen of verwijderen volgens de voorwaarden voorzien door de wet.
- Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres eveneens gebruikt wordt voor de communicatie en het beheer van mijn (pre) contractuele relaties en van mijn klantendossiers met DKV. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV, ongeacht de wijze van communicatie. Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V., mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketingdoeleinden.
- Bij gebruik van de betalingswijze 'SEPA-domiciliëring' machtigt 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. .
- Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V. optredend onder de naam van DKV Belgium N.V. te 1000 Brussel, Bischoffsheimlaan 1-8 (Tel: 02/287 64 11 – Fax: 02/287 64 12 – [qualitycontrol@dkv.be](mailto:qualitycontrol@dkv.be)) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35 (Tel: 02/547 58 71 – Fax: 02/275 59 75 – [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)).

**Handtekening van de kandidaat verzekeringnemer + stempel van de firma**

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

## SEPA-mandaat Europese domiciliëring voor recurrente inning

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.

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 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: \_\_\_\_\_

**Handtekening van de rekeninghouder:**

### 1. Te verzekeren persoon

Naam:  Voornaam:

Geslacht : M  V  Geboortedatum:

Straat:  Nummer:  Bus:  Postcode:

Gemeente:  Land:  Telefoon / GSM:

Geboorteplaats (gemeente/land):

Manier van communiceren:  elektronisch  papier

E-mail adres :

### 2. Verzekeringnemer (gelieve de woonplaats of de maatschappelijke zetel van de verzekeringnemer te vermelden)

Reeds bestaand polisnummer:

Naam of benaming:  Voornaam:

Straat:  Nummer:  Bus:  Postcode:

Gemeente:  Land:

### 3. Informatie

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 losmaken en onder vertrouwelijke omslag opsturen naar : DKV Belgium N.V, t.a.v. de Raadsgeneesheer, Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel. Hetzelfde geldt voor elke te verzekeren persoon die, indien hij dit wenst, bij zijn verzekeringsbemiddelaar of via de website [www.dkv.be](http://www.dkv.be) een nieuw exemplaar van de medische vragenlijst kan verkrijgen en afzonderlijk terugsturen.

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 spontane en volledige aangifte van de medische voorgeschiedenis van de te verzekeren personen. De ons meegedeelde medische gegevens worden door ons verwerkt overeenkomstig de privacywet en de patiëntenrechtenwet.

### 4. Medische vragenlijst van de te verzekeren persoon (voor het product DKV Smile (tandzorg) gelieve vraag 5 te vervullen)

#### 4.A.: Bent u op raadpleging of in behandeling geweest in de loop van de voorbije 5 jaren of neemt u momenteel medicatie voor één of meerdere van deze aandoeningen:

\* Indien ja, markeer het vakje naast de betreffende aandoening.

\*\* Indien 'andere aandoening' aangekruist, vervul het met desbetreffende aandoening.

<p><b>A. Aandoeningen van hart en bloedvaten en van het bloed?</b> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>1. bloedarmoede (anemie) <input type="checkbox"/></p> <p>2. hartklepaandoening (inclusief kunstklep) <input type="checkbox"/></p> <p>3. hartinfarct <input type="checkbox"/></p> <p>4. aandoening van de slagaderen <input type="checkbox"/></p> <p>5. varices (spataderen) (niet geopereerd) <input type="checkbox"/></p> <p>6. hypertensie (hoge bloeddruk) <input type="checkbox"/></p> <p>7. hyperlipidemie / hypercholesterolemie <input type="checkbox"/></p> <p>8. andere aandoening**: ..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>C. Aandoeningen van het ademhalingsstelsel?</b> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>19. asthma <input type="checkbox"/></p> <p>20. allergische rhinitis <input type="checkbox"/></p> <p>21. chronisch obstructieve longaandoening (longemfyseem, chronische bronchitis) <input type="checkbox"/></p> <p>22. andere aandoening**: ..... <input type="checkbox"/></p>
<p><b>B. Aandoeningen van het zenuwstelsel of de spieren?</b> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>9. epilepsie (vallende ziekte) <input type="checkbox"/></p> <p>10. multiple sclerose (MS) <input type="checkbox"/></p> <p>11. hersenbloeding of herseninfarct (beroerte / CVA) <input type="checkbox"/></p> <p>12. migraine <input type="checkbox"/></p> <p>13. ziekte van Parkinson <input type="checkbox"/></p> <p>14. ziekte van Alzheimer <input type="checkbox"/></p> <p>15. chronisch vermoeidheidssyndroom <input type="checkbox"/></p> <p>16. fibromyalgie <input type="checkbox"/></p> <p>17. chronische ziekte van Lyme <input type="checkbox"/></p> <p>18. andere aandoening**: ..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>D. Aandoeningen van de huid?</b> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>23. psoriasis <input type="checkbox"/></p> <p>24. eczeem <input type="checkbox"/></p> <p>25. andere aandoening**: ..... <input type="checkbox"/></p>
<p><b>E. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, lever of van de buikwand?</b> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>26. reflux <input type="checkbox"/></p> <p>27. maagzweer <input type="checkbox"/></p> <p>28. ziekte van Crohn <input type="checkbox"/></p> <p>29. colitis ulcerosa <input type="checkbox"/></p> <p>30. aandoening van de pancreas <input type="checkbox"/></p> <p>31. levercirrose <input type="checkbox"/></p> <p>32. dikke darmoliep <input type="checkbox"/></p> <p>33. liesbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/></p> <p>34. navelbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/></p> <p>35. maagbreuk (niet geopereerd) <input type="checkbox"/></p> <p>36. andere aandoening**: ..... <input type="checkbox"/></p>	

**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, schildkliermodule)

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. gonarthrose (arthrose knie)

63. coxarthrose (arthrose heup)

64. fractuur: specificeer

schouder links  schouder rechts

heup links  heup rechts

knie links  knie rechts

rugwervel

65. artritis (rheuma,...)

66. scheur kruisbanden knie

links  rechts

67. scheur meniscus knie

links  rechts

68. hallux valgus (schiefstaande 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. burn-out

76. depressie

77. psychosis (schizofrenie, manisch depressief, ...)

78. alcoholverslaving

79. drugsverslaving

80. psychomotorische ontwikkelingsstoornis

81. ADHD

82. autisme

83. genderdysforie

84. andere aandoening\*\*: .....

**L. Kwaadaardige aandoeningen (kanker)?**  Neen  Ja\*

85. specificeer (type, orgaan)?

<input type="checkbox"/> colorectaal	<input type="checkbox"/> keel
<input type="checkbox"/> maag	<input type="checkbox"/> schildklier
<input type="checkbox"/> leukemie	<input type="checkbox"/> blaas
<input type="checkbox"/> melanoom	<input type="checkbox"/> prostaat
<input type="checkbox"/> non-Hodgkin lymfoom	<input type="checkbox"/> borst
<input type="checkbox"/> pancreas	<input type="checkbox"/> baarmoederhals
<input type="checkbox"/> long	<input type="checkbox"/> eierstok
<input type="checkbox"/> nier	<input type="checkbox"/> andere:

Heeft u een behandeling ondergaan met

86. - radiotherapie?  Neen  Ja

87. - chemotherapie?  Neen  Ja

**M. Tandbehandelingen lopende, voorzien of aangeraden?**  Neen  Ja\*

88. orthodontie

89. parodontologie

90. prothese, kroon, brug of implantaat

**N. Onderzoeken lopende, voorzien of aangeraden?**  Neen  Ja\*

91. cardiovasculair onderzoek

92. slaaponderzoek (polysomnografie)

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

Welk orgaan:

93. nier

94. lever

95. hart

96. ander: .....

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

Specificeer: .....

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

97. borstprothese  links  rechts

98. knieprothese  links  rechts

99. heupprothese  links  rechts

100. neurostimulator

**R. Huidige lengte en gewicht?**

101. lengte ..... cm

102. gewicht ..... kg

(bij zwangerschap, gelieve uw gewicht net vóór uw huidige zwangerschap te vermelden)

**S. Andere aandoeningen niet vermeld hierboven?**

.....

.....

.....

.....

**Is een hospitalisatie voorzien?**  Neen  Ja

Indien ja, wanneer en waarvoor? .....

**Bent u zwanger?**  Neen  Ja

Indien ja, wat is de vermoedelijke bevallingsdatum? .....

**Rookt u dagelijks?**  Neen  Ja

Indien ja, gemiddeld aantal sigaretten, sigaren, ... per dag? .....

#### 4.B. Bijkomende vragen in te vullen voor een verzekering inkomensverlies of een aanvullende zorgverzekering.

- 1. Bent u reeds langer dan 3 weken arbeidsongeschikt geweest?**  Neen  Ja  
Reden(en)? Percentage? Periode(s)?  
.....
- 2. Bent u momenteel gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt?**  Neen  Ja  
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?  
.....
- 3. Bent u momenteel invalide?**  Neen  Ja  
Reden(en)? Aanvangsdatum? Percentage?  
.....
- 4. Bent u momenteel zorgbehoevend en/of afhankelijk van de hulp van een derde om activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren? Is dergelijke hulp voorzien of aangeraden?**  Neen  Ja  
Reden(en)? Voor welke activiteit(en)? Aantal uren hulp per dag?  
.....

#### 5. Vragenlijst enkel in te vullen voor DKV Smile (tandzorg).

- 1. Heeft u in het verleden reeds een orthodontische behandeling ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts?**  Neen  Ja  
Behandelingen met zowel vaste als uitneembare apparatuur. Bijvoorbeeld: beugels, blokjes of andere ingrepen om de stand van de tanden te optimaliseren.  
.....
- 2. Heeft u in het verleden reeds een parodontale behandeling ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts?**  Neen  Ja  
Behandelingen voor aandoeningen van de steunweefsels van de tanden. Bijvoorbeeld: ontstoken tandvlees, afbraak van het kaakbot, loszittende tanden.  
.....
- 3. Heeft u in het verleden een prothetische behandeling met een implantaat, een brug of een uitneembare (volledige of gedeeltelijke) prothese ondergaan, of is dergelijke behandeling lopende, voorzien of aangeraden door uw tandarts ?**  Neen  Ja  
.....
- 4. Hoeveel tanden ontbreken er bij u, met inbegrip van de ontbrekende tanden die zijn vervangen door een implantaat, een brug of een uitneembare (volledige of gedeeltelijke) prothese (wijsheidstanden en melktanden moeten niet worden meegeteld)**  
.....

#### Algemene verklaringen van de te verzekeren perso(o)n(en)

- 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 betreffende de verzekeringen.
- 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 vervolledigd werden door een derde persoon.
- 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.
- 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®.
- 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.
- Indien werd gekozen om via elektronische weg te communiceren, aanvaard ik dat mijn e-mailadres eveneens gebruikt wordt voor de communicatie en het beheer van mijn (pre) contractuele relaties en van mijn klantendossiers met DKV. Ik aanvaard om in de toekomst ingelicht te worden over de commerciële acties, producten en service van DKV, ongeacht de wijze van communicatie. Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V., mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketingdoeleinden.
- Elke klacht over het verzekeringscontract kan worden gericht aan de dienst Quality Control van DKV Belgium N.V.: qualitycontrol@dkv.be van DKV Belgium N.V., optredend onder de naam van DKV Belgium N.V. te 1000 Brussel, Bischoffsheimlaan 1-8 (Tel: 02/287 64 11 – Fax: 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) en in tweede instantie aan de Ombudsman der Verzekeringen te 1000 Brussel, de Meeûsplantsoen 35 (Tel: 02/547 58 71 – Fax: 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

#### Specifieke verklaringen van de te verzekeren perso(o)n(en)

- Ik verklaar dat ik uitdrukkelijk ingelicht werd en mijn akkoord gegeven heb dat mijn gegevens, die via dit document verzameld en gecommuniceerd werden aan DKV Belgium N.V. met maatschappelijke zetel in België (Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel), door laatstgenoemde verwerkt worden, als verantwoordelijke van de verwerking met het oog op klantenservice, evaluatie van het risico, de uitgifte en het beheer van de verzekeringscontracten, het beheer van schadegevallen. De verwerking van gegevens m.b.t. de gezondheid, zijn toegankelijk voor de afdelingen Contracten, Uitkeringen, Boekhouding, Legal, Compliance, Archiving & Scanning, interne Audit en Quality Control. Ik heb het recht om al mijn gegevens te raadplegen en deze indien nodig, te laten wijzigen of verwijderen volgens de voorwaarden voorzien door de wet.
- Op basis van de ingevulde gezondheidsgegevens op de medische vragenlijst, kan DKV Belgium N.V. desgevallend de verzekeringsdekking beperken of bijpremies toepassen. Deze voorwaarden staan op de polis vermeld. In aansluiting hierop laat ik de verzekeringnemer en de verzekeringstussenpersoon toe een kopie van de polis met vermelding van deze eventuele medische beperkingen of bijpremies te ontvangen. De meegedeelde gegevens op de medische vragenlijst zijn strikt vertrouwelijk en zullen noch aan de verzekeringsbemiddelaar noch aan de verzekeringnemer worden bezorgd.
- Ik heb het recht om op eenvoudig schriftelijk verzoek aan DKV Belgium N.V. mij te verzetten tegen het gebruik van mijn persoonsgegevens voor marketingdoeleinden.
- Ik laat DKV Belgium NV uitdrukkelijk toe om de gegevens betreffende mijn gezondheid te verwerken volgens de wet van 08/12/1992 inzake de bescherming van de privacy ten opzichte van persoonlijke gegevens (de wet op de privacy) en van het koninklijk besluit van 2001 inzake de dienstverlening aan klanten, de risicobepaling, de uitgifte en de uitvoering van de verzekeringscontracten, en het schadebeheer.

**Algemene en specifieke verklaringen gelezen en goedgekeurd.  
Handtekening, voor akkoord, van elke meerderjarige te verzekeren persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger:**

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