

AANVRAAG ZORGVZERKERING

PLAATS GERESERVEERD
VOOR HET ETIKET



**DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud
DKV Residentes • DKV Top Health®**

(Vul alleen de witte hokjes in. De donkere vakjes zijn gereserveerd voor de desbetreffende afdeling van DKV Seguros)

Filiaal	Kantoor	Branche	Polisnummer	Categorie	Nummer verzekerde	Datum van ingang	Datum van beëindiging	1e gedeeltelijke betaling voldaan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						dag maand jaar	dag maand jaar	

Naam bedrijf Code bedrijf

(Alleen invullen bij aanvraag voor aanvullende verzekeringen)

Filiaal	Kantoor	Branche	Polisnummer	Categorie	Datum van ingang aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Inclusief
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Exclusief
					dag maand jaar	<input type="checkbox"/> Wijziging

Verzekeringnemer (alleen hoofdletters toegestaan)

Achternaam of firmanaam Naam

Sofi-/BTW-/NIE-nummer Adres Postcode

Plaats Provincie Vaste telefoon Mobiele telefoon

Fax Geboortedatum Wijze van contact: Vaste telefoon Mobiele telefoon Fax E-mail privé E-mail werk

E-mail werk E-mail privé

Man Vrouw Nationaliteit Code Werkzaam als 0 Zelfstandige 1 In loondienst Spaans Catalaans Galicisch Baskisch Duits Engels

Beroep

Vervangt op de polis Filiaal Kantoor Branche Polisnummer Categorie

Wilt u gedetailleerde informatie ontvangen over de uitgevoerde medische handelingen? (alleen voor DKV Integral en DKV Modular) Ja Nee Per post Ja Nee

Codes van de instelling

Periode A S T M U Incasso Beheersinstantie Incassobureau Polis/Ontvangstbewijs 0 Nee 1 Ja

Invordering van ontvangsten

IBAN

IBAN

Teruggave

Gewenste type zorgverzekering

DKV Integral Complet Plus Classic Élite

DKV Modular (Kruis de gewenste dekkingen aan. Selecteer minimaal 1 gezondheidsdekking en 1 ongevallendekking)

Gezondheidsdekkingen:

Eerstehulpverlening Specialistische en overige diagnostische hulpmiddelen Ziekenhuisopname Medische hulp bij ongevallen

Ongevallendekkingen: Basis 1 2 3 4 5

DKV Mundisalud

Complet Plus

Classic: A) Volledige vergoeding medische uitgaven B) Vergoeding ziekenhuiskosten

Elite

Gecombineerd Elección

DKV Residentes Basisdekking Basisdekking + repatriëring Basisdekking + repatriëring + Best Care

DKV Top Health® Zonder eigen risico 600 euro eigen risico 1200 euro eigen risico

Voor alle pakketten (Modular en Mundisalud met volledige zorgdekking):

Wilt u een dekking via het "DKV-netwerk voor hulpverlening" d.m.v. een aanvullende premie en het geselecteerde eigen risico bij veranderingen van de gezondheid (ziekte of letsel) en/of bij zwangerschap vóór het afsluiten van de verzekering?

Ja Nee

Premie totaal

Cuidate mucho

a member of **MUNICH HEALTH**

INFORMATIE VOOR VERZEKERINGNEMER

Inleidende clausule

Este contrato está sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre. El control de la actividad aseguradora de DKV Seguros, S.A.E. (en Dit contract is onderworpen aan de wet op de verzekeringsovereenkomst 50/1980 van 8 oktober. De controle op de verzekeringsactiviteiten van DKV Seguros, S.A.E. (hierna DKV Seguros genoemd) met hoofdvestiging op Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, Spanje, vindt plaats conform de Spaanse wetgeving, in concreto, via het directoraat-generaal verzekeringsdiensten en pensioenen van het ministerie van Economische Zaken.

Het contract bestaat uit de volgende onderdelen: de aanvraag, de gezondheidsverklaring, de algemene voorwaarden, afzonderlijke specifieke en speciale punten en de bijbehorende bijlagen en/of aanhangsels. De afschriften en referenties m.b.t. de rechtsregels vereisen geen goedkeuring.

Para resolver los conflictos que puedan surgir con DKV Seguros, los tomadores del seguro, beneficiarios, terceros perjudicados o personas a las Bij evt. problemen met DKV Seguros kunnen verzekeringnemers, begunstigen, benadeelde derde partijen en/of andere rechthebbenden met hun klacht terecht bij een van de volgende instanties:

- › Ieder kantoor van DKV Seguros en de klantenservice. De klacht dient per post of per fax te worden verzonden naar DKV Seguro, Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, Spanje, telefoon: 902 499 499, fax: 976 28 91 35 of per mail naar atencioncliente@dkvseguros.es. Het staat de klant vrij op welke manier en vanuit welke plaats hij zijn klacht wil indienen. Het officiële onderzoek neemt maximaal 2 maanden in beslag, waarna de klant schriftelijk over de uitkomst zal worden geïnformeerd. Het reglement van de klantenservice is verkrijgbaar bij de vestigingen van DKV Seguros.
- › Mocht de klant na verstrijking van de termijn niet tevreden zijn met de voorgestelde oplossing, dan kan hij zich richten tot de "Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros" (klachteninstituut financiële dienstverlening), gevestigd op Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, Spanje. Wanneer de klacht tegen DKV gegrond wordt verklaard, wordt er een administratief dossier aangelegd.
- › Naast de boven beschreven te volgen wegen kan de klant zijn klacht ook voorleggen aan de desbetreffende rechtsmacht.

Bescherming van persoonsgegevens

De verzekeringnemer verklaart dat hij uitgebreid en grondig is geïnformeerd over het bestaan van een dossier waar DKV verantwoordelijk voor is. In dit dossier worden de persoonlijke gegevens (inclusief data m.b.t. de gezondheid) uit de aanvraag voor de zorgverzekering bewaard en bewerkt, in dit geval de medische gegevens van de klant, inclusief de verkregen informatie gedurende de geldigheid van het contract om naleving van de overeenkomst mogelijk te maken.

De persoonlijke gegevens kunnen worden gebruikt voor de volgende doeleinden:

- a) Voor het beheer van de activiteiten van de verzekerde. Dit beheer impliceert onder meer de analyse en de afbakening van het risico, de afwikkeling van evt. ongevallen, de inning van de premie, de betaling van de vergoedingen, het beheer van de preventieprogramma's en de verbetering van de gezondheid en de aanvullende diensten van de verzekering. Om deze redenen kunnen de persoonlijke gegevens worden doorgegeven aan de uitvoerders van de verzekeringsdiensten, aan de co-assurateur en/of risicoverzekeraar, aan de tussenpersoon die heeft bemiddeld in de verkoop van de zorgverzekering en aan de financiële instellingen die de inning van de premies en de betaling van de vergoedingen afhandelen. De persoonlijke gegevens kunnen voor statistische doeleinden of fraudebestrijding worden doorgegeven aan verzekeringsinstellingen die onderdeel uitmaken van DKV Seguros en aan de gekoppelde bestanden binnen de verzekeringssector.
- b) Voor het verschaffen van informatie over producten en preventieprogramma's, evenals voor verbetering van de gezondheid en de diensten. Om deze redenen kunnen de persoonlijke gegevens worden doorgegeven aan andere instellingen die onderdeel uitmaken van DKV Seguros en/of andere aan DKV gelieerde bedrijven of organisaties waarmee DKV in het belang van de klant samenwerkt op het gebied van verbetering en verkoop van producten en diensten.

De verzekeringnemer is verplicht om evt. meeverzekerde personen en rechthebbenden te informeren dat zijn persoonlijke gegevens bij DKV zijn geregistreerd voor zijn behandeling.

Voor toegang tot, rectificatie van, annulering van en bewaar tegen zijn persoonlijke gegevens kan de klant zich richten tot DKV Seguros (juridische zaken), Apartado de Correos 90, 50080 Zaragoza, Spanje, of een mail sturen naar asesoria.juridica@dkvseguros.es.

Machtiging tot toegang tot de medische gegevens

De verzekerde geeft DKV Seguro vanaf het moment van overeenkomst en gedurende de gehele geldigheidsduur van het contract toegang tot zijn medische gegevens. Deze toegang is noodzakelijk voor het analyseren, afbakenen, actualiseren en beheren van het risico, evenals het voorkomen van evt. ziekten, het verbeteren van de gezondheid en het verifiëren van de voor uw gezondheid noodzakelijke gegevens, zowel die afkomstig uit eerdere verzekeringscontracten als van nog steeds geldende overeenkomsten of van artsen en/of medische instellingen waar u onder behandeling bent (geweest).

De verzekerde machtigt eveneens conform artikel 16.3 en 18 van de wet op de verzekeringsovereenkomst de medische diensten van DKV Seguros, zodat deze direct gegevens en/of medische informatie kunnen opvragen bij beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, met als enige doel de contractueel in de verzekering vastgelegde voorwaarden na te kunnen leven. De beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die de verzekerde hebben onderzocht, geadviseerd en behandeld zijn in dit geval vrijgesteld van hun beroepsgeheim en mogen DKV Seguros van exacte informatie voorzien, ook na overlijden van de verzekerde.

Verzekeringscontract afsluiten en bekrachtigen

De verzekeringnemer stemt met het zetten van zijn handtekening in met alle voorwaarden in de verzekeringsaanvraag en geeft aan deze te kennen, te begrijpen en te accepteren. Hij erkent tevens de inleidende informatie m.b.t. de bijzonderheden van de verzekering te hebben ontvangen. De verzekeringnemer bekrachtigt, in het bijzonder, de clausules m.b.t. de omgang met en de bescherming van zijn persoonlijke informatie en de machtigingen tot toegang tot zijn medische gegevens. De verklaring herbevestigt - al dan niet voorzien van een handtekening - de gezondheid van de verzekerde en verklaart dat er niets is achtergehouden noch dat er sprake is van omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de analyse van het risico, de dekking door DKV Seguros of de afwijzing van de aangevraagde dekkingen.

Verzekerde verklaart tevens te zijn geïnformeerd dat DKV Seguros geen vergoeding uitkeert voor ziekten of aandoeningen uit het verleden die niet in de gezondheidsverklaring zijn opgenomen.

Vragenlijst tandheelkunde (alleen voor Top Health® en Residentes).

Als het antwoord op een van de onderstaande vragen positief is, verzoeken wij u om deze in het volgende kader toe te lichten.

**PLAATS GERESERVEERD
VOOR HET ETIKET**

1. Wanneer ontving de patiënt zijn laatste gebitsbehandeling? Wat was hiervoor de reden?

	Datum	Reden
Verzekerde 1	_____	_____
Verzekerde 2	_____	_____
Verzekerde 3	_____	_____
Verzekerde 4	_____	_____
Verzekerde 5	_____	_____
Verzekerde 6	_____	_____
Verzekerde 7	_____	_____
Verzekerde 8	_____	_____

2. Is de patiënt in de laatste 3 jaar regelmatig opgeroepen voor een preventief onderzoek of een controle? Zo ja, welke behandeling?

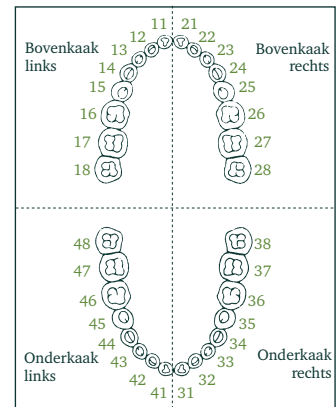
	Ja	Nee	
Verzekerde 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Is de patiënt onder behandeling of staat er een afspraak met de mondhygiënist gepland? Welke?

	Ja	Nee	
Verzekerde 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verzekerde 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Actuele staat van het gebit (gebtsdiagram met nummers en codes van aandoeningen).

- A = Afwezig
- B = Beschadigd of met beschadiging
- C = Vervangen of hersteld



Nummer verzekerde	1	2	3	4	5	6	7	8
Tand/probleem	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/

De verzekeringnemer/verzekerde verklaart hierbij dat de verstrekte gegevens m.b.t. de gezondheid van de verzekerde persoon/personen naar waarheid zijn opgegeven en dat er geen sprake is van achterhouding of omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de analyse van het risico voor de dekking door het bedrijf of afwijzing van de aangevraagde dekkingen.

Handtekening verzekeringnemer

Op _____