

DEMANDE D'ASSURANCE - Questionnaire administratif - Déclaration du preneur d'assurance

1. Je sais que la demande de continuation à titre individuel d'une assurance groupe de DKV Belgium S.A. est composée d'un questionnaire administratif et tend à la conclusion d'un contrat d'assurance auprès de DKV Belgium S.A. Les conditions d'assurances sont fixées par l'émission de la police, sous réserve de la réception préalable par DKV Belgium S.A. du questionnaire administratif au siège de l'assureur.
2. Je déclare que les informations sont adéquates, pertinentes et non excessives et autorise DKV Belgium S.A. à les recueillir et à les traiter afin de conclure et d'exécuter le contrat. A cette fin, je déclare que les informations sont exactes et complètes et qu'elles m'engagent même si un tiers les a fournies et/ou complétées.
3. Je déclare avoir reçu une copie, certifiée conforme, de cette demande, ainsi qu'un exemplaire des Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance dont j'accepte le contenu et l'application. Celles-ci sont disponibles sur le site www.dkv.be.
4. Je sais que la signature de la proposition d'assurance n'engage ni le preneur d'assurance ni DKV Belgium S.A. à conclure le contrat. Je sais cependant que si, dans les 30 jours de la réception de la proposition d'assurance, DKV Belgium S.A. n'a pas notifié une offre d'assurance, n'a pas subordonné l'assurance à une demande d'enquête ou n'a pas refusé la conclusion de l'assurance, DKV Belgium S.A. s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La signature de la proposition d'assurance ne fait pas courir la couverture.
5. Je m'engage à communiquer par écrit à DKV Belgium S.A tout changement concernant les renseignements fournis survenu avant l'émission de la police.
6. La Medi-Card[®] est octroyée lors de la souscription des produits d'assurance de DKV Belgium S.A. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires de ces plans pour l'utilisation de la Medi-Card[®].
7. Pendant la durée du contrat et conformément à la législation en vigueur, je m'engage à communiquer sans délai et par écrit à DKV Belgium S.A. les changements au niveau du statut social et du statut mutualité.
8. J'autorise DKV Belgium S.A., qui est maître du fichier et dont le siège social est situé en Belgique, (Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles), à traiter ces données en vue de permettre la prestation de services à la clientèle, l'évaluation du risque, l'émission et la gestion des contrats d'assurance, la gestion des indemnisations, l'établissement de statistiques et la promotion. Je déclare être informé(e) de l'existence de mon droit de m'opposer, sur demande et gratuitement, au traitement de données à caractère personnel à des fins de promotion; il existe un droit d'accès et de rectification en ce qui concerne ces données.
9. Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée au service Ombudsman de DKV Belgium S.A.: ombudsman@dkv.be et en 2^{ème} ressort à l'Ombudsman des assurances (Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles), sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Signature (+ cachet si firme) du preneur d'assurance ou du représentant légal :

Date:/...../20...

Avis de domiciliation:

N° de police:

Compte n° IBAN: - - -

BIC nr:

Je, soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination: _____
autorise DKV Belgium S.A. (n° d'identification.: 00000059188), sauf révocation formelle, d'encaisser la prime du contrat et/ou de récupérer en cas d'utilisation de la Medi-Card[®], les frais suivants: la franchise, les frais non médicaux ou ceux exclus de la garantie d'assurance, en débitant mon compte.

Signature + cachet si firme

Date:/...../20...