



## DEMANDE D’AFFILIATION D’UN NOUVEAU-NE DANS UN CONTRAT INDIVIDUEL

Nom / Cachet de l’intermédiaire: \_\_\_\_\_ Numéro: \_\_\_\_\_

Preneur d’assurance: \_\_\_\_\_ N° de police: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Je soussigné (preneur d’assurance) déclare vouloir assurer le nouveau-né mentionné ci-dessous, à partir de la naissance.

Nom et prénom de l’enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance: 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

 Sexe: M  | F

Nom et prénom du parent assuré: \_\_\_\_\_

Plan d’assurance choisi<sup>(\*)</sup> : \_\_\_\_\_

Franchise: \_\_\_\_\_

Capital assuré (Plan H / Plan H+): \_\_\_\_\_

Montant journalier (Ind. Journalière): \_\_\_\_\_

Je soussigné déclare expressément avoir pris connaissance de ce qui suit :

1. les nouveaux-nés sont assurables à partir du 1<sup>er</sup> du mois de la naissance selon le(s) même(s) plan(s) d’assurance qu’un des parents assurés, pour autant que cette faculté soit prévue dans les Conditions Générales et Tarifaires d’Assurance du (des) plan(s) à assurer et que le(s) plan(s) d’assurance soi(en)t conclu(s) endéans les 60 jours suivant le mois de la naissance. Dans ce cas, le présent document suffit pour affilier le nouveau-né.
2. passé le délai repris dans le point 1 ci-dessus, l’assureur procédera à une sélection du risque sur base d’une proposition d’assurance (volets administratif et médical) complétée et signée.
3. si le(s) plan(s) d’assurance du parent assuré n’est (ne sont) plus commercialisé(s) au moment de l’affiliation du nouveau-né, celui-ci sera assuré selon un (des) plan(s) d’assurance similaire(s), pour autant que cette (ces) garantie(s) ne diffère(nt) pas du (des) plan(s) d’assurance (d’un) des parents assurés.
4. le nouveau-né remplit les conditions d’assurabilité reprises dans les Conditions Générales et Tarifaires d’Assurance de la garantie souhaitée.
5. je m’engage à fournir des renseignements complémentaires sur un des points précités :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et signature du preneur d’assurance ou de son représentant légal

<sup>(\*)</sup> Si vous souhaitez de plus amples renseignements sur la prime de ce plan tarif pour l’affiliation de votre nouveau-né, n’hésitez pas à nous contacter au 02 287 64 11 / fax : 02 287 64 12 ou surfez sur [www.dkv.be](http://www.dkv.be) - pour nos clients – Produits.

## DEMANDE DE CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL <sup>1</sup>

Cette demande d'assurance suffit si les 4 conditions suivantes sont remplies:

- le type de garantie est similaire
- cette demande est introduite dans les **105 jours** qui suivent la date de fin de l'assurance groupe<sup>2</sup>
- l'affiliation dans le contrat groupe excède une durée de 2 ans (sans interruption de couverture)
- il n'y a pas de discontinuité entre la couverture groupe et individuelle.

### QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Nom ou dénomination de l'intermédiaire \_\_\_\_\_ Numéro

#### Preneur d'assurance:

N° police groupe:  N° matricule :  Date de résiliation: \_\_\_\_\_

N° police Horizon:  N° Medi-Card®

Nom / Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Localité / Code postal / Pays: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

N° de compte bancaire:  -  -

Personnes à assurer: nom + prénom	Sexe	Date de naissance	Statut Mutuelle <sup>3</sup>	Etat Civil <sup>4</sup>	Garantie	Franchise
1.	<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F	/ /				€
2.	<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F	/ /				€
3.	<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F	/ /				€
4.	<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F	/ /				€

**Police à:**  preneur d'assurance  intermédiaire d'assurance  
**Correspondance à :**  preneur d'assurance  intermédiaire d'assurance  
**Régime linguistique**  français  néerlandais  allemand  anglais  
**Paiement de la prime:**  mensuel (domiciliation obligatoire)  trimestriel  semestriel (- 1%)  annuel (- 3%)  
**Mode de paiement**  domiciliation  virement  intermédiaire d'assurance

<sup>1</sup> Concerne l'assurance hospitalisation, ambulatoire et/ou dentaire groupe de DKV ou des assureurs hospitalisation groupe partenaires de DKV

<sup>2</sup> La police individuelle sera émise dès que la résiliation de la couverture groupe sera effective..

<sup>3</sup> 0= Pas de mutuelle – 1= Gros risques – 2= Gros et petits risques – 3= Autre, lequel?

<sup>4</sup> M=Marié – D= Divorcé – C= Célibataire - CO= Cohabitant – V= Veuf/veuve

### Qu'offrons-nous encore?

#### Plans santé



Assurance Hospitalisation



Assurance Dépendance



Assurance Frais Ambulatoires



Indemnité Journalière



Assurance Revenu Garanti

**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 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.
2. Les conditions d'assurance sont fixées par l'émission de la police, sous réserve de la réception préalable du questionnaire administratif au siège de l'assureur.
3. Je déclare que les informations sont adéquates, pertinentes et non excessives et autorise l'assureur 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.
4. 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.
5. En cas de souscription au plan IS2000, je m'engage à respecter, les conditions générales d'application de la Medi-Card® qui me parviennent en même temps que la carte. Lors de l'utilisation de la Medi-Card®, je reste redevable des frais suivants et je m'engage à les rembourser à l'assureur: la franchise, les frais non médicaux et les frais résultant de cas d'assurance non couverts par la garantie d'assurance. La Medi-Card® ne donne pas droit à son utilisation avant la date de début du plan d'assurance prévue dans la police, indépendamment de la date à laquelle elle a été délivrée. En cas d'utilisation de la Medi-Card® avant le paiement de la première prime et avant la date d'expiration des stages éventuels, je reconnais être redevable des frais payés par l'assureur à l'hôpital. Je sais qu'en cas d'usage abusif de la carte, son utilisation peut m'être retirée. En cas d'utilisation de la Medi-Card®, j'autorise tant DKV Belgium S.A., que le centre hospitalier à se transmettre par voie électronique des fichiers de facturation, pour autant qu'une convention pour recourir à cette transmission soit conclue entre les deux organismes.
6. 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.
7. Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée 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:

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 n°:  -  -

**Signature + cachet si firme**

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