



Ref _____

2006/AFC

Masterkey²Health

Louizalaan 166 Bus 1
1050 Brussel
België
+ 32 (0)78 150 135

- Project voor Collectieve Verzekering** (vul **rode** en **blauwe** velden in)
 - Aanvraag van Collectieve Verzekering** (vul alle velden in)
 - Wijziging van Collectieve Verzekering** (vul **rode** en andere velden in)
(rode velden zijn verplicht)
- Aanvangsdatum van de wijziging :** _____

Gelieve volledig deze aanvraag in hoofdletters in te vullen door de correcte gegevens aan de kruisen . Het is belangrijk alle vragen correct te beantwoorden, om een totale beoordeling te hebben van uw aanvraag. Een beschrijving van de dekkingen en premies is te vinden in de afzonderlijke folder of op de website www.expatinsurance.be.

1. Werkgever Nr of referentie _____ Aansluiting aan Polisnr. _____
(Gelieve deze referentie op ieder blz. te vermelden)

2. Verzekeringsnemer

Contactpersoon Naam

_____ Mr. Mevr.

Voornaam

Telefoon _____ Fax _____ e-mail _____

E-mail is onze standard contact , wenst u een andere vorm van contact gelieve te vermelden _____

Taal Engels Nederlands Frans

Naam Werkgever

Adres

Postcode, stad, Land _____

Sector / Activiteit _____

3. Verzekering

Aansluitingsdatum (dd-mm-jj) _____

Taal van de polis Engels Nederlands Frans

4. Premiebetaling

Betaling Jaarlijks Maandelijks Vervaldag: 01/ _____

5. Dekking van categorie verzekerde (in te vullen door de werkgever, 1 pagina per categorie)**5.1. Beschrijving categorie :** _____

Manueel werk/ werken met machines? Neen Ja, _____
 Statuut: Burgerlijke Bediende Bediende Zelfstandige

5.2. Keuze van de versie Light Standard Gold

5.3. Keuze van zone 10 - EU & CH 20 - Wereldw. (excl. N-Am) 30 - Wereldwijd
 uitgebreid tot 90 dagen/in jaar :) Niet van toepassing zone 20 zone 30

5.4. Keuze van dekking:**5.4.1. Medische zorgen**

1. Hospitaal Plan Ja (verplicht)
- Type van Plan Full Cover Top-Up Sleeper
 - Jaarlijkse vrijstelling: € 0 € 250 € 500
2. Option 1: Facultatieve verzorging in Land van oorsprong Ja Neen
3. Option 2: Ambulante behandelingen Ja Neen
4. Option 3: Tandzorgen, Optiek en Hoorapp. Ja Neen

5.4.2. Bijstand

1. Basis Bijstand Ja (verplicht)
2. Reisbijstand Ja (verplicht)
3. Optie 1 : Bagage Ja Neen
4. Optie 2 : Annulatie/Onderbreking Ja Neen

5.4.3. Ongevallen of Zware Ziekten

Gewenste dekking ? Ja Neen

Vermenigvuldigd _____ met de voorgestelde kapitalen

Begunstigde(n) in geval van overlijden Echtgenote, bij ontstentenis de kinderen die geboren zijn en nog geboren moeten worden per gelijke delen, bij ontstentenis de wettige erfgenamen per gelijke delen.

5.4.4. Gewaarborgd inkomen

- Ja Neen
- Gekozen rente € _____ (max. 80% van het bruto inkomen,, eventuele toelage van Sociale Zekerheid inbegrepen)
 - Carentzijd 30 dagen 90 dagen 180 dagen

BELANGRIJK

Gelieve het volgende certificaat bij te voegen voor iedere verzekerde :

- Als verzekerde personen een Sociale Zekerheid in Europa hebben, gelieve een copie bij te voegen van het **E-formulier**, verklaring van dekking.

6. Lijst van de te verzekeren personeelsleden (pagina _____ / pagina's)

Verzekerde nr.:	Naam en Voornaam:	Geboortedatum (dd-mm-jj)	Sexe	Categorie (zie beschrijving punt 5)	Land bevoegd voor Sociale Zekerheid	Land van Oorsprong	Taal
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
6.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
7.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
8.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
9.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
10.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
11.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
12.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
13.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
14.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
15.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
16.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
17.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
18.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
19.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
20.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
21.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
22.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
23.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
24.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
25.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL

7. Adres van het Land van Residentie

(pagina _____ / pagina's)

Ref. _____

Het is noodzakelijk een pagina voor iedere verzekerde familie in te vullen (één pagina per personeelslid ingevuld in punt 6).

Verzekerde nr. (zie punt 6) _____ Naam : _____

Straat en nr. _____

Postcode, stad _____ Land _____

Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Statuut Resident Internationale Pendelaar Internationale Stageair Expat.

Land van sociale zekerheid : _____ Land van oorsprong : _____

Verzekerde nr. (zie punt 6) _____ Naam : _____

Straat en nr. _____

Postcode, stad _____ Land _____

Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Statuut Resident Internationale Pendelaar Internationale Stageair Expat.

Land van sociale zekerheid : _____ Land van oorsprong : _____

Verzekerde nr. (zie punt 6) _____ Naam : _____

Straat en nr. _____

Postcode, stad _____ Land _____

Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Statuut Resident Internationale Pendelaar Internationale Stageair Expat.

Land van sociale zekerheid : _____ Land van oorsprong : _____

Verzekerde nr. (zie punt 6) _____ Naam : _____

Straat en nr. _____

Postcode, stad _____ Land _____

Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Statuut Resident Internationale Pendelaar Internationale Stageair Expat.

Land van sociale zekerheid : _____ Land van oorsprong : _____

Gelieve het volgend certificaat bij te voegen : Indien verzekerde persoon een Sociale Zekerheid in Europa heeft, gelieve een copie bij te voegen van het **E-formulier**, verklaring van dekking.

Het is noodzakelijk een pagina voor iedere verzekerde familie in te vullen (één pagina per verzekerde ingevuld in punt 6).

8. Andere, niet medische vragen

Beoefent u sporten ? Zo ja, dewelke ? (geef ons zo veel mogelijk uitleg)

Neen

Ja, verklaar _____

Is een gelijkaardige verzekering lopende bij een andere maatschappij, op dit ogenblik ?

Neen

Ja, maatschappij _____

Per (dd-mm-jj) _____

Bent u al geweigerd voor een verzekering of opgezegd, of aanvaard onder speciale voorwaarden ?

Neen

Ja, maatschappij _____

op (dd-mm-jj) _____

Polisnummer _____

Voor welke redenen werd u geweigerd of opgezegd?

1. Ik bevestig dat de antwoorden op de bovenstaande vragen oprecht zijn en dat ik geen inlichting heb verzwegen die een invloed kan hebben op de risicoraming uit medisch oogpunt.
2. Ik verklaar kennis te hebben van de zware gevolgen – nietigheid van het contract en dus weigering tot uitkering van de verzekerde sommen – van enig opzettelijk verwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens.
3. Ik sta mijn arts alvast toe om de medisch adviseur van de maatschappij een attest te bezorgen met de oorzaken van mijn overlijden.

Gedaan te : _____, op _____

De verzekerde, met handtekening voorafgegaan door « gelezen en goedgekeurd »

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De meegedeelde gegevens mogen door de verzekeringsmaatschappij worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van onze groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan.

De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld.

De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.

Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.