

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

Masterkey²Health

- Aanvraag voor Individuele Verzekering** (vul **rode** en **blauwe** velden in)
 Aansluiting voor Individuele Verzekering (vul alle velden in)
 Wijziging voor Individuele Verzekering (vul **rode** en andere velden in, indien nodig)

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 verklaring van de dekkingen en premies is te vinden in de afzonderlijke folder of op de website www.expatinsurance.be.

1. Referentie _____ Aansluiting tot Polisnummer _____

2. Verzekeringnemer

Naam _____
Voornaam _____ M Mevr.
Geboortedatum (dd/mm/jjjj) _____ nationaliteit _____
Beroep (nauwkeurige beschrijving) _____
Burgerlijke Staat gehuwd(*) samenwonend(*) ongehuwd Weduwnaar/Weduwe Gescheiden
(*) Naam van partner _____
Beroep van partner (nauwkeurige beschrijving) _____

Adres in Land van residentie

Straat en Nr. _____
Postcode & stad _____ Land _____
Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Correspondentie Adres

Soort adres Eigen adres familie Maatschappij ander, _____
Straat en Nr. _____
Postcode & stad _____ Land _____
Telefoon _____ fax _____ E-mail _____

Communicatie

E-mail is ons standaardcontact. Wenst u een andere vorm van contact, gelieve, dit te vermelden _____

3. Verzekering

Gewenste aansluitingsdatum (dd-mm-jj) _____
Taal van de polis Engels Nederlands Frans

4. Premiebetaling

Betaling Jaarlijks (100%) Driemaandelijks (4 x 26%) Vervaldag : 01/ _____

5. Lijst verzekerde personen (Familie met meer dan 6 verzekerde personen dienen een aparte lijst toe te voegen)

Alleen de namen hier ingevuld zijn in de verzekering begrepen.

Verzekerd nr.:

1. **Naam en voornaam :** _____ **geboortedatum (dd-mm-jj):** _____ **geslacht** M F
Indien verschillend adres, gelieve te vermelden : _____

Personeelscategorie : Bediende Burgerlijke Bediende Zelfstandige Afhankelijke

Statuut : Resident Immigrant Expats. internationale Pendelaar Internationale Student / Stageair / Au-pair

Jobbeschrijving _____ Machine-arbeid of fysieke arbeid

LvR: _____ LvSZ: _____ LvO: _____
Land van residentie (LvR) Land bevoegd voor sociale zekerheid (LvSZ) Land van oorsprong (LvO) = nationaliteit

2. **Naam en voornaam :** _____ **geboortedatum (dd-mm-jj):** _____ **geslacht** M F
Indien verschillend adres, gelieve te vermelden : _____

Personeelscategorie : Bediende Burgerlijke Bediende Zelfstandige Afhankelijke

Statuut : Resident Immigrant Expats. internationale Pendelaar Internationale Student / Stageair / Au-pair

Jobbeschrijving _____ Machine-arbeid of fysieke arbeid

LvR: _____ LvSZ: _____ LvO: _____
Land van residentie (LvR) Land bevoegd voor sociale zekerheid (LvSZ) Land van oorsprong (LvO) = nationaliteit

3. **Naam en voornaam :** _____ **geboortedatum (dd-mm-jj):** _____ **geslacht** M F
Indien verschillend adres, gelieve te vermelden : _____

Personeelscategorie : Bediende Burgerlijke Bediende Zelfstandige Afhankelijke

Statuut : Resident Immigrant Expats. internationale Pendelaar Internationale Student / Stageair / Au-pair

Jobbeschrijving _____ Machine-arbeid of fysieke arbeid

LvR: _____ LvSZ: _____ LvO: _____
Land van residentie (LvR) Land bevoegd voor sociale zekerheid (LvSZ) Land van oorsprong (LvO) = nationaliteit

4. **Naam en voornaam :** _____ **geboortedatum (dd-mm-jj):** _____ **geslacht** M F
Indien verschillend adres, gelieve te vermelden : _____

Personeelscategorie : Bediende Burgerlijke Bediende Zelfstandige Afhankelijke

Statuut : Resident Immigrant Expats. internationale Pendelaar Internationale Student / Stageair / Au-pair

Jobbeschrijving _____ Machine-arbeid of fysieke arbeid

LvR: _____ LvSZ: _____ LvO: _____
Land van residentie (LvR) Land bevoegd voor sociale zekerheid (LvSZ) Land van oorsprong (LvO) = nationaliteit

5. **Naam en voornaam :** _____ **geboortedatum (dd-mm-jj):** _____ **geslacht** M F
Indien verschillend adres, gelieve te vermelden : _____

Personeelscategorie : Bediende Burgerlijke Bediende Zelfstandige Afhankelijke

Statuut : Resident Immigrant Expats. internationale Pendelaar Internationale Student / Stageair / Au-pair

Jobbeschrijving _____ Machine-arbeid of fysieke arbeid

LvR: _____ LvSZ: _____ LvO: _____
Land van residentie (LvR) Land bevoegd voor sociale zekerheid (LvSZ) Land van oorsprong (LvO) = nationaliteit

BELANGRIJK

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.

6. Dekking

Duid aan wanneer dekking gewenst.

6.1. Keuze van waarborgen

Light Standard Gold

6.2. Keuze van zone

10 - EU & CH 20 - Wereldw. (excl. N-Am) 30 - Wereldwijd

uitgebreid tot 90 dagen/in jaar :
(voor de verzekerden nrs: _____)

Niet van toepassing zone 20 zone 30

6.3. Keuze van dekking

6.3.1. Medische zorgen

1. Hospitaal Plan

Ja (verplicht)

- Type van Plan

Full Cover Top-Up Sleeper

- Jaarlijkse vrijstelling:

€ 0 € 250 € 500

2. Optie 1: Facultatieve verzorging in Land van oorsprong

Ja Neen

3. Optie 2 : Ambulante behandelingen

Ja Neen

4. Optie 3 : Tandzorgen, Optiek en Hoorapp.

Ja Neen

6.3.2. Bijstand

1. Basis Bijstand

Ja (verplicht)

2. Reisbijstand

Ja (verplicht)

3. Optie 1: Bagage

Ja (verzekerden nrs: _____) Neen

4. Optie 2: Annulatie/Onderbreking

Ja (verzekerden nrs: _____) Neen

6.3.3. Ongevallen of Zware Ziekten

Gewenste dekking ?

Ja (verzekerden nrs: _____) Neen

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.

6.3.4. Gewaarborgd inkomen

Ja (verzekerden nrs: _____) Neen

- Gekozen rente

€ _____ (max. 80% van het bruto inkomen,
Eventuele toelage van Soc. Zek. inbegrepen)

- Carentijd

30 dagen 90 dagen 180 dagen

7. 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?

BELANGRIJK

Gelieve de volgende certificaten bij te voegen :

- Als verzekerde persoon een Sociale Zekerheid in Europa heeft, gelieve een copie bij te voegen van het **E-form**, verklaring van dekking.
- Als verzekerde persoon een vroegere dekking had, gelieve een **copie van de polis** bij te voegen (alleen bij minder dan 20 verzekerden).

De verzekeringsnemer en de verzekerde verklaren dat de bovenstaande gegevens waar en oprecht zijn in alle bijzonderheden, ook al hebben zij ze niet eigenhandig geschreven. Zij verklaren te weten dat het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens, binnen de bij de wet op de landverzekeringsovereenkomst van 25/06/1992 bepaalde grenzen, kan leiden tot de nietigheid van het contract of de niet-betaling van de verzekeringssommen.

De ondertekenaar(s) verklaart (verklaren) kennis genomen te hebben van de bepalingen betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer die op de keerzijde van dit document voorkomen. Indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over de directe marketingacties van de maatschappij, dient dit vakje te worden aangekruist .

Gedaan te : _____, op _____

De verzekeringsnemer,

De verzekerde, indien niet, de verzekeringsnemer 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.