

Vak voorbehouden aan het ziekenfonds.

□□□□	/	□□□□□□□□
------	---	----------

Adviseur: _____



KliniPlan KiniPlanPlus

① Verzekeringnemer

Vul in of breng een roze klever aan:

Lidnummer ziekenfonds: _____

Naam + Voornaam: _____

Straat + Nummer: _____

Postcode + Gemeente: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

② Verzekerden

Naam en Voornaam

Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)

Aanvangsdatum (DD/MM/JJJJ)

_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□
_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□
_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□
_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□
_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□
_____	□□-□□-□□□□	□□-□□-□□□□

③ Betalingswijze

Overschrijving

Driemaandelijkse domiciliëring
(zonder bijkomende kosten)

Jaarlijkse domiciliëring

Indien u een domiciliëring wenst, vergeet dan het SEPA-formulier niet in te vullen.

④ Huidige verzekering

Hebt u momenteel een hospitalisatieverzekering?

Neen

Ja via:

werkgever

privé

ziekenfonds

niet gekend

Naam vorige verzekering? _____

Indien u via de werkgever of privé een verzekering hebt, bezorg het attest met de begin- en einddatum van de verzekering aan de verzekeringsagent. Dit attest kan gebruikt worden om de wachttijd bij ononderbroken overstap te schrappen.

⑤ Verklaringen

Het verzekeringsvoorstel verbindt noch de kandidaat-verzekeringnemer, noch de VMOB SOHO tot het sluiten van het verzekeringscontract. Ingeval het verzekeringsvoorstel betrekking heeft op aanvraag tot toetreding tot een bestaand verzekeringscontract, verbindt het voorstel noch de verzekeringnemer, noch de VMOB SOHO tot de toetreding van het contract.

De verzekeringnemer verklaart dat de antwoorden op het verzekeringsvoorstel nauwkeurig, volledig en waarheidsgetrouw zijn en is zich bewust dat de onjuiste opgave een nietigverklaring van het verzekeringscontract tot gevolg kan hebben.

Elke klacht in verband met het verzekeringscontract en de uitvoering ervan kan worden gericht aan de VMOB SOHO, Sint-Jansstraat 32-38 te 1000 Brussel, klachten@vmobsoho.be of aan de Ombudsman der Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman.be.

Je bent op de hoogte van de algemene informatiefiche, het belangenconflictenbeleid, de segmentatiecriteria en de algemene voorwaarden van de VMOB SOHO. Je bent geïnformeerd dat na aanvaarding door VMOB SOHO, je de bijzondere voorwaarden zal ontvangen, die samen met de algemene voorwaarden het verzekeringscontract vormen.

⑦ Datum en handtekening

Opgemaakt op - - te _____

Handtekening verzekeringnemer:

Vak voorbehouden aan de verzekeringsagent:

Stempel ontvangst

⑥ Toelating voor de verwerking van persoonsgegevens

Je persoonsgegevens zullen verwerkt worden door VMOB SOHO – Sint-Jansstraat 32-38 – 1000 Brussel en haar verzekeringsagenten, voor de uitvoering van haar activiteiten als verzekeraar, het volledige beheer van je dossier en om je op de hoogte te houden van haar diensten en activiteiten (direct-marketing). De verwerking zal gebeuren in overeenstemming met alle toepasselijke wet- en regelgeving, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Indien je de verwerking van je gegevens voor direct-marketing wenst stop te zetten, volstaat het om een brief te sturen naar bovenstaand adres of een mail te sturen naar privacy300@socmut.be. Je kan ook steeds vragen welke gegevens er van jou verwerkt worden, ze laten verbeteren of wissen, de overdracht aan een derde vragen of je verzetten tegen geautomatiseerde beslissingen. Een uitgebreider overzicht van onze privacyverklaring kan je terugvinden op de website van jouw verzekeringstussenpersoon, De Voorzorg.

Ja, ik geef toelating aan De Voorzorg erkend verzekeringsagent van de VMOB SOHO en mijn ziekenfonds, en aan de verzekeringsmaatschappij VMOB SOHO, om mijn persoonlijke en gezondheidsgegevens (of die van de eventuele minderjarige waarvan ik wettelijke vertegenwoordiger ben) te verwerken met het oog op het uitvoeren van mijn verzekeringscontract, zo nodig door middel van volledig geautomatiseerde verwerking*.

* Zonder uw expliciete toelating tot verwerking van uw persoonsgegevens is het voor de VMOB SOHO niet mogelijk om met u een verzekeringscontract af te sluiten.

Vak voorbehouden aan de verzekeraar VMOB SOHO:

Stempel ontvangst

Vul in of breng een roze klever aan.

Lidnummer ziekenfonds: _____

Naam: _____

Voornaam: _____

KliniPlan(Plus) Medische vragenlijst

Aandoeningen

Per verzekerde dient u een volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst te bezorgen aan de VMOB SOHO. Voeg dit formulier bij uw verzekeringsvoorstel onder gesloten omslag. Gelieve ALLE hoofdrubrieken (grijze kaders) met 'ja' of 'neen' te beantwoorden (omcirkelen wat past). Indien u 'ja' antwoordt op één of meerdere onderstaande vragen, gelieve de specifieke aandoening(en) dan aan te kruisen/in te vullen.

Stel uzelf volgende vragen:

- Had u in de voorbije 5 jaren één of meerdere aandoeningen? Indien 'ja', kruis aan in onderstaande rubrieken of vul in.
- Werd u in de voorbije 5 jaren gehospitaliseerd voor één of meerdere aandoeningen? Indien 'ja', kruis aan in onderstaande rubrieken of vul in.
- Neemt u momenteel medicatie op regelmatige basis voor één of meerdere aandoeningen? Indien 'ja', kruis aan in onderstaande rubrieken of vul in.
- Is er een opname gepland voor één of meerdere aandoeningen? Indien 'ja', kruis aan in onderstaande rubrieken of vul in.

Aandoening van het hart en bloedvaten [JA - NEEN]

- Aangeboren hartaandoening
- Hartinfarct
- Hartfalen (hartklepaandoening...)
- Hartritmestoornissen
- Hoge bloeddruk
- Letsels van de (slag)ader (verkalking, vernauwing...)
- Letsels van de kransslagader
- Spataders
- Flebitis – trombose
- Speen (hemorroïden)
- Andere: _____

Aandoening van het ademhalingsstelsel (strottenhoofd, luchtpijp, longen...) [JA - NEEN]

- Astma
- Allergie
- Emfyseem
- Chronische longaandoening (COPD, chronische bronchitis...)
- Mucoviscidose (Taaislijmziekte)
- Tuberculose (TBC)
- Andere: _____

Aandoening van de buik spijsverteringsorganen [JA - NEEN]

- Slokdarm (reflux...)
- Maag
- Darm (diverticulitis, ziekte van Crohn...)
- Rectum/Aars
- Lever
- Galblaas – Galstenen
- Pancreas (alvleesklier)
- Buikwand - liesbreuk – navelbreuk
- Fistel
- Andere: _____

Aandoening van de beenderen, gewrichten of spieren [JA - NEEN]

- Nekpijnen (evt. met uitstralingen)
- Rugpijnen (evt. met uitstralingen)
- Heupaandoeningen
- Knieaandoeningen (meniscus...)
- Voetaandoeningen
- Hand- of polsaandoeningen (Carpal-tunnelsyndroom...)
- Schouderaandoeningen
- Gewrichtsaandoeningen
- Reumatische aandoening (arthritis...)
- Osteoporose (botontkalking)
- Artrose
- Amputatie
- Fibromyalgie
- Aangeboren afwijking, welke: _____
- Andere: _____

Aandoening van het zenuwstelsel [JA - NEEN]

- Dementie (Ziekte van Alzheimer...)
- Epilepsie (vallende ziekte)
- Hersenbloeding of beroerte (CVA)
- Hersenverlamming
- Migraine
- Multiple Sclerose (MS)
- Spasticiteit en/of spasmen
- Ziekte van Parkinson
- Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)
- Andere: _____

Bloed- of stofwisselingsaandoening of aandoening van de endocriene organen [JA - NEEN]

- Bloedarmoede
- Stollingsproblemen (hemofilie...)
- Jicht (verhoogd urinezuur)
- Schildklier-aandoening
- Suikerziekte (diabetes)
- Verhoogde cholesterol
- Andere: _____

Aandoening van de geslachtsorganen, nieren of urinewegen [JA - NEEN]

- Geslachtsorganen (baarmoeder, prostaat...)
- Nierinsufficiëntie – nierdialyse – niertransplantatie
- Nieraandoening (nierstenen, niergruis...)
- Ziekte van de urinewegen
- Urineblaasaandoening
- Andere: _____

Aandoening van het gehoor of gezicht, neus-, mond- of keelaandoening [JA - NEEN]

- Evenwichtsstoornissen
- Ooraandoening (Ziekte van Menière...)
- Oogziekten (cataract, glaucoom...)
- Neusaandoening (sinussen, poliepen...)
- Mondziekten
- Keelaandoening
- Andere: _____

Kwaadaardige aandoening (kanker, tumor) [JA - NEEN]

Welke: _____

Infectie- of geslachtsaandoening [Ja / Neen]

- Hepatitis
- HIV-positief, AIDS
- Seksueel overdraagbare aandoening
- Tropische ziekte (malaria, cholera, bilharsiosis...)
- Andere: _____

Psychische aandoening [JA - NEEN]

- Depressie
- Ontwikkelingsstoornis (autisme, ADHD, ADD...)
- Neurose (angstsyndromen, dwanggevoelens...)
- Psychose (geestesziekten)
- Productafhankelijkheid (drug, medicatie, alcohol...)
- Andere: _____

Huidaandoening [JA - NEEN]

- Chronische huidaandoening (psoriasis, vitiligo...)
- Eczema
- Andere: _____

Enkel in te vullen indien u vrouw bent

Bent u momenteel zwanger? Ja Neen

Indien ja, vermoedelijke bevallingsdatum: - -

Verklaringen

- Deze medische vragenlijst wordt samen met het verzekeringsvoorstel overgemaakt aan de VMOB SOHO; beide documenten zijn noodzakelijk ingeval van onderschrijving van, of toetreding tot, een verzekeringscontract.
- De verzekerde, of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger, verklaart dat de antwoorden op de medische vragenlijst nauwkeurig, volledig en waarheidsgetrouw zijn.
- De verzekerde, of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger, verbindt zich ertoe aan zijn/haar behandelende arts alle informatie te vragen die nodig is voor de aanvaarding en de uitvoering van het verzekeringscontract.
- De verzekerde, of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger, verklaart zich akkoord dat de gevraagde informatie, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, zal gebruikt worden door de VMOB SOHO alsook de organisatie waarmee de VMOB SOHO een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten voor het beheer van het verzekeringscontract, met inbegrip van het opmaken van statistieken.
- De gezondheidsgegevens zullen enkel worden verwerkt onder verantwoordelijkheid van een arts en de toegang ertoe is beperkt tot de personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.
- Onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer en/of verzekerde om een gerechtelijke procedure aan te spannen, kan elke klacht in verband met het verzekeringscontract en de uitvoering ervan worden gericht aan de VMOB SOHO (Sint-Jansstraat 32-38 / 1000 Brussel) of aan de Ombudsman der Verzekeringen (de Meeûsquare 35 / 1000 Brussel).

opgemaakt te _____

op - -

Handtekening van de verzekerde of van de wettelijke vertegenwoordiger: