HospiPlus

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

BEHOEFTEANALYSE

Verzekeringstussenpersoon

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1, 2800 Mechelen

CDZ-inschrijvingsnr. 2006 als verbonden verzekeringsagent VMOB HospiPlus, ondernemingsnr. BE0411735801

I. Vul hieronder uw gegevens in of plak een groen klevertje

Naam:

Voornaam:

Straat: Nummer: Bus:

Postcode: Gemeente:

Geboortedatum: Telefoonnummer:

E-mail:

II. Jouw verlangens en behoeften

Om een adequate (hospitalisatie)verzekering te kunnen voorstellen, maak ik op basis van volgende vragen een analyse van jouw verlangens en behoeften. Hierbij wijs ik op het risico van onderverzekering, oververzekering, meervoudige verzekering en een verkeerde dekking.

1. Voor welk risico wens je je te verzekeren en onder welke vorm?
   - ❑ Hospitalisatie ❑ kostendekkend
     ❑ dagvergoeding ❑ € 12,25/dag ❑ € 25,00/dag ❑ € 50,00/dag
   - ❑ Ambulante kosten ❑ bij ernstige ziekte (zoals kanker, MS, nierdialyse,…)
     ❑ vóór- en nazorg bij hospitalisatie
   - ❑ Medische kosten (remgelden, tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten, geboorteforfait en anticonceptie)
   - ❑ Continuïteit aansluitend op de hospitalisatieverzekering van de werkgever

2. Geef je ingeval van een hospitalisatie de voorkeur aan een:
   - ❑ éénpersoonskamer
   - ❑ twee- of meerpersoonskamer

3. Heb je momenteel een hospitalisatieverzekering?
   - ❑ neen
   - ❑ ja, via ❑ werkgever ❑ privé ❑ ziekenfonds
     Welke verzekering? ❑ kostendekkend ❑ dagvergoeding
     Reden stopzetting verzekering? ❑ verandering van ziekenfonds ❑ premie ❑ dekking ❑ andere

4. Heb je momenteel een verzekering medische kosten?
   (remgelden, tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten, geboorteforfait en anticonceptie)
   - ❑ neen
   - ❑ ja, via ❑ werkgever ❑ privé ❑ ziekenfonds
     Reden stopzetting verzekering? ❑ verandering van ziekenfonds ❑ premie ❑ dekking ❑ andere

5. Specifieke behoeften of verlangens: .....

.....

Je bevestigt alle gegevens te hebben meegedeeld die van invloed kunnen zijn op deze analyse.

III. Mijn gemotiveerd advies

Op basis van de analyse van het te verzekeren risico, en jouw verlangens en behoeften inzake de te onderschrijven verzekeringsovereenkomst, beveel ik volgende verzekering(en) aan:

❑ HospiPlus & AmbuPlus ❑ HospiPlan & AmbuPlan ❑ HospiPlus ❑ HospiPlan
❑ HospiContinu ❑ HospiForfait – € 50,00 ❑ HospiForfait – € 25,00 ❑ HospiForfait – € 12,25
❑ MaxiPlan

Specifieke motivering: .....

.....

IV. Jouw keuze als lid

Op basis van jouw wensen met betrekking tot een medische en/of hospitalisatieverzekering ben ik nagegaan welke verzekeringswaarborgen je volgens mij nodig hebt (mijn advies is geen onpartijdig advies).
Gelieve één van volgende opties aan te duiden en eventueel aan te vullen:

❑ Je volgt mijn advies en wenst het door mij aanbevolen verzekeringsproduct(en) te onderschrijven.

❑ Je volgt mijn advies niet en wenst het volgende verzekeringsproduct(en) te onderschrijven:

.....

Het verzekeringsvoorstel van de gekozen verzekering werd ingevuld. Je erkent dat de inhoud ervan overeenkomt met de analyse van jouw verlangens en behoeften en dat je uitdrukkelijk gewezen werd op de draagwijdte en de beperkingen van de door jou gekozen verzekering.

V. Informatie

- ❑ Je bevestigt dat je kennis hebt genomen van de algemene informatiefiche en het belangenconflictenbeleid van de VMOB HospiPlus.
- ❑ Je bevestigt dat je de algemene voorwaarden hebt ontvangen.
- ❑ Je bent geïnformeerd dat in geval van aanvaarding door de VMOB HospiPlus, je de bijzondere voorwaarden zal ontvangen. Deze bijzondere voorwaarden vormen samen met de algemene voorwaarden de verzekeringsovereenkomst.
- ❑ Je bevestigt dat je ermee akkoord gaat om de wettelijke en contractuele informatie, indien mogelijk, elektronisch te ontvangen of op de webstek te consulteren.

Dit document, waarvan je een kopie ontvangt, wordt gearchiveerd door de VMOB HospiPlus.

Opgemaakt te _____ op __ __ 2 0 1 _

Handtekening van de verzekeringnemer:

Naam en voornaam adviseur: .....
Handtekening:

De identificatie van jouw behoeften en verlangens wordt uitgevoerd conform de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De verwerking van bovenvermelde persoonsgegevens is overeenkomstig artikel 5, c), van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 (hierna "de Wet Privacy" genoemd), noodzakelijk om te voldoen aan de informatieverplichting zoals die werd opgenomen in de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. De persoonsgegevens die jou betreffen, worden opgenomen in de bestanden van de VMOB HospiPlus. Deze mogen gebruikt worden voor het beheer van jouw verzekeringsovereenkomst en voor commerciële doeleinden.
Conform de Wet Privacy heb je het recht op toegang en op verbetering van de persoonsgegevens die op jou betrekking hebben. Je kan je eveneens verzetten tegen commercieel gebruik van jouw persoonsgegevens.
Daartoe kan je dit vakje aankruisen. ❑
Bijkomende inlichtingen kan je verkrijgen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, te 1000 Brussel, Drukpersstraat 35.

Klachten kunnen ingediend worden bij de VMOB HospiPlus, te 9300 Aalst, Statieplein 12, klachten@hospiplus.be of bij de Ombudsdienst der Verzekeringen, te 1000 Brussel, de Meeûssquare 35, info@ombudsman.be (www.ombudsman.as).

Het register van de verzekeringstussenpersonen wordt bijgehouden door de CDZ, te 1210 Brussel, Sterrenkundelaan 1, en is terug te vinden op www.ocm-cdz.be.

HospiPlus

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

VERZEKERINGSVOORSTEL

Verzekeringstussenpersoon

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1, 2800 Mechelen

CDZ-inschrijvingsnr. 2006 als verbonden verzekeringsagent VMOB HospiPlus, ondernemingsnr. BE0411735801

Ik, ondergetekende, _____

Rijksregisternummer: _____ Rekeningnummer: BE _____

wens de hieronder vermelde personen te verzekeren bij de VMOB HospiPlus bij de formule:
(aankruisen wat past)

- ❑ **HospiPlus & AmbuPlus**
- ❑ **HospiPlan & AmbuPlan**
- ❑ **HospiPlus**
- ❑ **HospiPlan**
- ❑ **HospiContinu**
- ❑ **HospiForfait – € 50,00**
- ❑ **HospiForfait – € 25,00**
- ❑ **HospiForfait – € 12,25**
- ❑ **MaxiPlan**

Vul de gegevens in van al de te verzekeren personen of plak een groen klevertje:

Naam: Voornaam: Geboortedatum: 1	Naam: Voornaam: Geboortedatum: 2
Naam: Voornaam: Geboortedatum: 3	Naam: Voornaam: Geboortedatum: 4
Naam: Voornaam: Geboortedatum: 5	Naam: Voornaam: Geboortedatum: 6
Naam: Voornaam: Geboortedatum: 7	Naam: Voornaam: Geboortedatum: 8

Betalingswijze: (aankruisen wat past)

- ❑ **per kwartaal via domiciliëring**
- ❑ **jaarlijks via overschrijving**

Belangrijk! Vergeet niet de keerzijde van dit document te ondertekenen a.u.b.

Dit document is een verzekeringsvoorstel dat noch de verzekeringnemer, noch de verzekerde(n), noch de VMOB HospiPlus wettelijk bindt.

De verzekeringnemer verklaart dat de verstrekte informatie op het verzekeringsvoorstel juist en volledig is en is er zich van bewust dat een onvolledige of onjuiste voorstelling van de zaken de nietigverklaring van de verzekeringsovereenkomst tot gevolg kan hebben.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst en/of de uitvoering ervan kan ingediend worden bij de VMOB HospiPlus, Statieplein 12 te 9300 Aalst, klachten@hospiplus.be of bij de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman.be (www.ombudsman.as).

Ondergetekende geeft aan de VMOB HospiPlus de toelating om bovenvermelde persoonsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, overeenkomstig de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (privacywet).

Ondergetekende heeft toegang tot zijn persoonsgegevens en kan verzoeken om de rechtzetting van onjuiste gegevens en de weglating van gegevens waarvan de verwerking verboden is.

Ondergetekende kan zich op elk ogenblik verzetten tegen het verwerken van zijn persoonsgegevens voor 'direct marketing' doeleinden door dit vakje aan te kruisen ❏.

Ondergetekende kan het openbaar register van geautomatiseerde verwerkingen van persoonsgegevens raadplegen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, te 1000 Brussel, Drukpersstraat 35.

Het register van de verzekeringstussenpersonen wordt bijgehouden door de CDZ, Sterrenkundelaan 1 te 1210 Brussel, en is terug te vinden op www.ocm-cdz.be.

Opgemaakt te _____ op __ __ 2 0 1 _

Handtekening van de verzekeringnemer:

Gelieve dit document af te geven op uw plaatselijk ziekenfondskantoor of op te sturen naar:
VMOB HospiPlus - Statieplein 12 - 9300 AALST - Tel. 053 76 99 79 of info@hospiplus.be

Vakje voorbehouden aan de dossierbeheerder:

Startdatum ten vroegste de 1ste van de maand na ontvangst van alle ingevulde documenten: behoefteanalyse, verzekeringsvoorstel en eventuele medische vragenlijst(en).

Gewenste startdatum: 0 1 __ __ 2 0 1 _