

BEHOEFTEANALYSE

Verzekeringstussenpersoon

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen

Statieplein 12, 9300 Aalst

CDZ-inschrijvingsnr. 2007 als verbonden verzekeringsagent VMOB HospipiPlus, ondernemingsnr. BE0418999418

I. Vul hieronder uw gegevens in (in te vullen door titularis ziekenfonds)

Naam:																							
Voornaam:																							
Straat:																Nummer:				Bus:			
Postcode:				Gemeente:																			
Rijksregisternr.:								Telefoonnummer:															
E-mail:																							

of kleef hier
uw ziekenfondsklevertje

II. Uw verlangens en behoeften

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

1. Waarvoor wilt u zich verzekeren?

- Voor kosten bij een hospitalisatie
 - kostendekkend + ambulante kosten bij ernstige ziekte (kanker, MS, nierdialyse, ...)
 - kostendekkend
 - dagvergoeding (vast bedrag per opname): € 12,25/dag € 25/dag € 50/dag
- Voor kosten buiten/zonder ziekenhuisopname (remgelden, tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten, anticonceptie en geboorteforfait)
- Voor tandzorgkosten en orthodontie
- Voor continuïteit aansluitend op een hospitalisatieverzekering van de werkgever

2. Ik kies bij een ziekenhuisopname voor:

- éénpersoonskamer + kostendekkende vergoeding van vóór- en nazorg
- twee- of meerpersoonskamer + forfaitaire vergoeding van vóór- en nazorg

3. Had u een vorige verzekering? Indien ja, kruis aan:

Soort verzekering: hospitalisatieverzekering tandverzekering verzekering ambulante medische kosten
Via: ziekenfonds werkgever of privé

Indien u reeds een verzekering hebt, bezorg ons dan een attest met begin- en einddatum. Indien het over een gelijkaardige verzekering gaat, kan de wachttijd geschrapt worden bij ononderbroken overstap.

4. Hebt u nog specifieke behoeften of toelichtingen:

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



III. Mijn gemotiveerd advies

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

HospiPlus & AmbuPlus HospiPlan & AmbuPlan HospiPlus HospiPlan MaxiPlan
 HospiContinu HospiForfait: € 50,00 € 25,00 € 12,25 TandPlus

Premie: Standaard
 Verhoogde premie omwille van instap na 50 jaar (= tarief vanaf 65 jaar)
 65 jaar (= tarief 65 tot 69 jaar en daarna 70 jaar)
 70 jaar (= tarief vanaf 70 jaar)

Specifieke motivering:
.....
.....

IV. Uw keuze als lid

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

- U volgt mijn advies en wenst de door mij aanbevolen verzekering te onderschrijven.
- U volgt mijn advies niet en wenst de volgende verzekering te onderschrijven:

.....
Het verzekeringsvoorstel van de gekozen verzekering werd ingevuld. U erkent dat de inhoud ervan overeenkomt met de analyse van uw verlangens en behoeften en dat u uitdrukkelijk gewezen werd op de draagwijdte en de beperkingen van de door u gekozen verzekering.

V. Informatie en toestemming

Kruis de volgende vakjes aan als blijkt van uw toestemming met de verwerking van uw persoonsgegevens. Uw rechten worden beschreven in de privacyverklaring die u kan raadplegen op www.hospiplus.be.

- Ik geef de VMOB HospiPlus de toestemming om mijn gezondheidsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheren van mijn verzekeringsovereenkomst.
- Ik bevestig dat ik kennis heb genomen van de productfiche en dat ik de algemene voorwaarden heb ontvangen. Ik ben geïnformeerd dat in geval van aanvaarding door de VMOB HospiPlus, ik de bijzondere voorwaarden zal ontvangen. Deze bijzondere voorwaarden vormen samen met de algemene voorwaarden de verzekeringsovereenkomst.
- Ik bevestig akkoord om de wettelijke en contractuele informatie, indien mogelijk, elektronisch te ontvangen of op de webstek te consulteren.

HospiPlus gebruikt uw persoonsgegevens overeenkomstig de verordening 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming).

Opgemaakt te op 2 0 2

Handtekening van de verzekeringnemer:

Adviseur:
Handtekening:



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

VERZEKERINGSVOORSTEL

Verzekeringstussenpersoon

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen

Statieplein 12, 9300 Aalst

CDZ-inschrijvingsnr. 2007 als verbonden verzekeringsagent VMOB HospiPlus, ondernemingsnr. BE0418999418

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

Naam: <input type="text"/>	Naam: <input type="text"/>
Voornaam: <input type="text"/>	Voornaam: <input type="text"/>
Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 1	Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 2
Naam: <input type="text"/>	Naam: <input type="text"/>
Voornaam: <input type="text"/>	Voornaam: <input type="text"/>
Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 3	Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 4
Naam: <input type="text"/>	Naam: <input type="text"/>
Voornaam: <input type="text"/>	Voornaam: <input type="text"/>
Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 5	Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 6
Naam: <input type="text"/>	Naam: <input type="text"/>
Voornaam: <input type="text"/>	Voornaam: <input type="text"/>
Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 7	Rijksregisternr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> 8

Ik, ondergetekende,
(titularis ziekenfonds),

wens de hierboven vermelde personen te verzekeren bij de formule: (aankruisen wat past)

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

Betalingswijze premie: (aankruisen wat past)

- via domiciliëring**
 per kwartaal
 per maand
 via overschrijving
 per kwartaal
 per jaar

Rekeningnummer terugbetalingen:

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 Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman.be (www.ombudsman.as).

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 202

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 adviseur:

Startdatum ten vroegste de 1^{ste} van de maand na ontvangst van alle ingevulde documenten (behoefteanalyse, verzekeringsvoorstel en eventueel medische vragenlijst).

Indien andere startdatum: 202

Affest vorige verzekering toegevoegd: ja nee

A1

A2

