

# Verklaring KBC-Levens- en Gezondheidsverzekeringen

VERTROUWELIJK

## NIEUW:

Voor Schuldsaldo/Overlijdensverzekering kan deze verklaring via KBC Touch ingevuld worden!

Dit draagt bij tot een vlottere verwerking van uw dossier.

AAN

KBC-Verzekeringen  
Medisch adviseur / LEUtiens - LMD  
Professor Roger Van Overstraetenplein 2,  
3000 Leuven

## POLIS

polisnummer:

klantnummer

**i** - Vul hier het polisnummer van 8 cijfers in (indien niet gekend vul hier 8 keer nul (0) in).

- Voor ALIS polissen: registreer de acht karakters van het polisnummer als volgt: V00021857472 (laat de 'V0' vooraan en de 2 laatste cijfers achteraan weg)

**i** Vul hier het CPD-nummer van de klant als volgt in 'XXXXXXXX-XX'

- Groep       Overlijden  
 Individueel       Gewaarborgd inkomen  
 Premievrijstelling

polisnummer(s) (andere)

## TUSSENPERSOON

### agent / kantoor

naam  telefoon   
adres   
e-mail

Verbonden agent van KBC Verzekeringen NV.

## VERKLARING VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

naam  geslacht  man  vrouw  
adres  geboortedatum

# Verklaring KBC-Levens- en Gezondheidsverzekeringen

## Tips en trics

- Vul deze verklaring volledig en correct in, elke verzwijging of onvolledigheid kan later in uw nadeel zijn.
- Denk eraan om de vragenlijst te ondertekenen en de datum van ondertekening in te vullen
- De acceptatieprocedure start pas op als de vragenlijst volledig ingevuld en correct ondertekend en gedateerd is.
- Vragen bij het invullen van dit document?  
Contacteer dan het gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen van 8u30 tot 12u30 en van 13u30 tot 17u00)

## Deel 1: in te vullen voor alle verzekeringen

**i** Als u één van de vragen met JA beantwoordt, gelieve dan een medische vragenlijst in te vullen. Deze wordt eveneens vertrouwelijk behandeld en kan u onder omslag ingevuld en ondertekend opsturen naar KBC Verzekeringen NV.

1. Lijdt u of hebt u de voorbije 5 jaar aan een aandoening geleden?  ja  neen  
*Onder aandoening wordt verstaan elke ziekte, elke gezondheidsklacht of elke psychische aandoening van langer dan 1 maand aan één stuk en elke handicap.*
2. Bent u momenteel arbeidsongeschikt?  ja  neen
3. Hebt u tijdens de voorbije 5 jaar een behandeling ondergaan gedurende meer dan 3 opeenvolgende weken of bent u momenteel in behandeling?  ja  neen  
*Onder behandeling wordt verstaan elke medicatie op voorschrift van een geneesheer of elke andere medische behandeling.*
4. Bent u tijdens de voorbije 5 jaar verzorgd in een ziekenhuis, opgenomen in een ziekenhuis of geopereerd of is dit gepland tijdens de komende 12 maanden?  ja  neen  
*U moet geen rekening houden met het wegnemen van amandelen, neuspoliepen, blinde darm, tandheelkundige ingrepen of een bevalling.*
5. Lichaamsbouw: Lengte: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Informatie over het bestaan van compensatiemechanisme

Er bestaat een bijzonder solidariteitsmechanisme voor de schuldsaldoverzekering die dient als waarborg voor een hypothecair krediet met betrekking tot de enige en eigen woning. Als voor de schuldsaldoverzekering omwille van een verhoogd gezondheidsrisico een medische bijpremie wordt aangerekend die een bepaalde minimumdrempel overschrijdt, zorgt het compensatiemechanisme ervoor dat het surplus niet moet betaald worden door de verzekeringnemer, maar ten laste genomen wordt door de Compensatiekas. De verzekeringnemer hoeft niet uitdrukkelijk om de tussenkomst van de Compensatiekas te vragen. De verzekeringsonderneming, die een drempeloverschrijdende medische bijpremie oplegt, richt zich rechtstreeks tot de Compensatiekas om het surplus terug te vorderen. Bijkomende informatie hierover vindt u in onze KBC kantoren of bij onze KBC-verzekeringsagenten.

## Deel 2: Bijkomend in te vullen voor waarborg arbeidsongeschiktheid of premievrijstelling (niet voor waarborg overlijden)

### 1. gezondheidsverklaring

6. Rookt u of heeft u de voorbije 12 maanden gerookt?  ja  neen
7. Hebt u momenteel een invaliditeitsgraad of een handicap?  ja  neen
8. Hebt/Bent u tijdens de laatste 5 jaar:
  - a. technische onderzoeken ondergaan met afwijkende resultaten (RX, CT, ECG, bloedonderzoek, biopsie, enz)?  ja  neen
  - b. langer dan 1 maand in behandeling geweest bij een kinesist, osteopaat of andere therapeuten?  ja  neen
  - c. langer dan 3 weken aan één stuk arbeidsongeschikt geweest?  ja  neen
9. Bent u in uw huidige polis aanvaard met een bijpremie of een uitsluiting?\*  ja  neen

*(Indien ja, voeg een kopie van het document van afwijkende medische acceptatie toe.)*

*\*Deze vraag moet u enkel beantwoorden ingeval het een overname van een bestaande polis bij uw huidige verzekeraar door KBC betreft.*

# Verklaring KBC-Levens- en Gezondheidsverzekeringen

## 2. verklaring in verband met uw beroepsactiviteiten *Welk beroep oefent u uit? Duid aan met een kruisje.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> geen beroep           | <input type="checkbox"/> (test)piloot  |
| <input type="checkbox"/> administratief beroep | <input type="checkbox"/> beroepsduiker   |
| <input type="checkbox"/> militair              | <input type="checkbox"/> baggeraar met opdrachten buiten Europa en Noord-Amerika                   |
| <input type="checkbox"/> bodyguard             | <input type="checkbox"/> humanitaire dienstverlening met opdrachten buiten Europa en Noord-Amerika |
| <input type="checkbox"/> stuntman              | <input type="checkbox"/> journalist of cameraman met opdrachten buiten Europa en Noord-Amerika     |
| <input type="checkbox"/> ander beroep: _____   |  |

## 3. verblijfsverklaring

Plant u een verblijf van langer dan 1 maand in Afrika, Azië (behalve Japan), Centraal - of Zuid - Amerika?

- Ja, meer bepaald in
- |                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Afrika | <input type="checkbox"/> Azië (behalve Japan) | <input type="checkbox"/> Centraal- of Zuid-Amerika |
|---------------------------------|---|--|
- gedurende een periode van \_\_\_\_\_  
reden verblijf \_\_\_\_\_
- neen

Ik, ondergetekende, ben er mij van bewust dat de verzekeringnemer wettelijk verplicht is om alle hem bekende omstandigheden die hij redelijkerwijze moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar, nauwkeurig mee te delen en dat deze verplichting bestaat tot het ogenblik waarop het contract gesloten wordt.

Ik verklaar dat de antwoorden in dit document oprecht, juist en volledig zijn en dat ik niets verzwegen heb dat voor KBC Verzekeringen NV van invloed kan zijn bij de beoordeling van het risico. Ik ben er mij van bewust dat wijzigingen betreffende de in dit document vermelde gegevens die zich nog zouden voordoen tot het sluiten van het contract bijkomend spontaan meegedeeld moeten worden aan KBC Verzekeringen NV.

Ik weet dat elke opzettelijk onjuiste of opzettelijk onvolledige verklaring de nietigheid van de verzekering meebrengt.

Ik verzoek mijn behandelende artsen, alsook – in voorkomend geval – de arts die de doodsoorzaak zal vaststellen, uitdrukkelijk om aan de raadgevend geneesheer van KBC Verzekeringen NV de benodigde medische informatie en/of een verklaring over de doodsoorzaak, af te geven.

Uw privacy is erg belangrijk voor de verzekeraar. Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens van de (kandidaat-) verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde vindt u in de privacyverklaring van de verzekeraar. In de privacyverklaring leest u ook wat uw rechten zijn en hoe u ze kunt uitoefenen. Om de privacyverklaring actueel te kunnen houden, is geopteerd om ze aan te bieden via de website [www.kbc.be/privacy](http://www.kbc.be/privacy). U kunt ook een papieren versie bekomen bij uw (verzekerings)tussenpersoon.

Als u de verzekeraar persoonsgegevens meedeelt over andere personen (bijvoorbeeld een verzekerde), moet u die personen vooraf informeren over het gebruik van hun gegevens door de verzekeraar en, indien nodig, daarvoor hun toestemming vragen.

De verzekerde verklaart een afschrift van dit document te hebben ontvangen. De handtekening van de verzekerde moet worden voorafgegaan door de eigenhandig geschreven formule "gelezen en goedgekeurd" (voor minderjarigen handtekening van één van de ouders of de wettelijk vertegenwoordiger). Deze medische acceptatiedocumenten worden afgeleverd binnen de dertig dagen na de ontvangst door de verzekeraar van het verzekeringsvoorstel. Dit betekent dat het sluiten van de verzekeringsovereenkomst afhankelijk is van bijkomend onderzoek en van het resultaat van dat onderzoek.

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening klant  
(voorafgegaan door "gelezen en goedgekeurd")