

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

VERTROUWELIJK

NIEUW:

Deze vragenlijst kan ook via KBC Touch ingevuld worden!

Dit draagt bij tot een vlottere verwerking van uw dossier.

Contacteer hiervoor uw tussenpersoon.

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'

polisnummer(s) (andere)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Groep-ALIS | <input type="radio"/> Overlijden |
| <input type="radio"/> Groep-niet ALIS | <input type="radio"/> Schuldsaldo <input type="checkbox"/> Inbouw LHP |
| <input type="radio"/> Individueel | <input type="radio"/> Gewaarborgd inkomen/invaliditeit |
| | <input type="radio"/> Premievrijstelling |
| | <input type="radio"/> Hospitalisatie |

TUSSENPERSOON

agent / kantoor

naam telefoon

adres

e-mail

Verbonden agent van KBC Verzekeringen NV.

VERKLARING VAN DE TE VERZEKEREN PERSOON

1. a. voornaam naam

b. geboortedatum geslacht man vrouw **i** (voor gehuwde vrouwen enkel meisjesnaam)

c. contactgegevens:

adres telefoon

land gsm

e-mail

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Wat moet u weten voor u de vragenlijst invult?

De verzekeraar beoordeelt het te verzekeren risico op basis van de gegevens meegedeeld op deze vragenlijst. Het is dan ook wettelijk verplicht dat deze vragenlijst juist, nauwkeurig en volledig ingevuld moet worden. Alle u bekende omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het verzekeringscontract moeten worden meegedeeld.

Wanneer bepaalde informatie niet of onjuist werd meegedeeld kan dit gevolgen hebben op de uitvoering van het verzekeringscontract. Elke opzettelijk onjuiste of opzettelijk onvolledige verklaring leidt tot de nietigheid van de verzekering.

Wijzigingen die zich nog voordoen na het invullen van deze verklaring maar vóór het ogenblik waarop het verzekeringscontract gesloten wordt, moeten spontaan bijkomend meegedeeld worden aan de verzekeraar.

Verklaring van de verzekerde

Ik verklaar dat ik alle gegevens waarvan ik redelijkerwijze kan aannemen dat zij van invloed kunnen zijn bij de beoordeling van het risico door de verzekeraar, heb meegedeeld.

Verklaring betreffende de doodsoorzaak

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

Ik verklaar een afschrift van deze volledige vragenlijst, bestaande uit 11 pagina's, te hebben ontvangen.

Plaats _____

Datum _____

Handtekening verzekerde

of voor minderjarigen van één van de ouders of de wettelijke
vertegenwoordiger (*voorafgegaan door "gelezen en goedgekeurd"*)

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Hoe vult u deze vragenlijst in?

1. Beantwoord iedere vraag. Indien u ja antwoordt, beantwoord dan ook de bijkomende vragen
2. Wenst u een overlijdens- of schuldsaldoverzekering? Vul dan Deel I in.
Wenst u een gewaarborgd inkomen, premievrijstelling of hospitalisatieverzekering? Vul dan beide delen in.

Hebt u vragen? Bel ons gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen 8u30-12u30 en 13u30-17u00).

Deel 1: in te vullen voor alle verzekeringen

- 2 a. Drinkt u gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag? neen ja Zo ja, hoeveel?
- wijn ____ glazen gemiddeld per dag
- bier ____ glazen gemiddeld per dag
- sterke drank of aperitief ____ glazen gemiddeld per dag
- b. Gebruikt u of hebt u verdovende middelen gebruikt (drugs, hallucinerende middelen of andere) tijdens de voorbije 5 jaar? neen ja Zo ja, welke? _____
hoeveelheid/frequentie? _____
wanneer bent u gestopt? _____
- c. Kreeg u medisch advies of volgde u een behandeling voor uw gebruik van:
- alcoholhoudende dranken neen ja _____
- tabak- en/of nicotinehoudende producten (bv sigaret, E-sigaret met nicotine, nicotinepleisters, dampen met nicotinehoudende producten, waterpijp, ...) neen ja _____
- verdovende middelen (drugs, hallucinerende middelen of andere) neen ja _____
- 3 a. Gewicht: _____ kg Lengte: _____ cm
- b. Kreeg u medisch advies of een behandeling, of werd u geopereerd voor uw gewicht (dieet, maagring, maagband, gastric bypass, scopinaro, ...)? neen ja Zo ja, geef toelichting:
welke behandeling? _____
wanneer? _____

4. Lijdt u of leed u de voorbije 10 jaar aan een aandoening*?

**onder aandoening wordt verstaan een ziekte, een handicap, een syndroom, een gezondheidsklacht, de medische letsels ten gevolge van een ongeval. Worden hiermee niet bedoeld: banale infecties zoals griep of een verkoudheid, gastro-intestinale klachten met een duur van minder dan 1 week.*

Zo ja, beantwoord volgende vragen

- a. **Hart en bloedvaten:** hartgeruis of -afwijking, hartinfarct, borstpijn, hartkloppingen, hoge bloeddruk, een aandoening van de (krans) slagaders, hartritme stoornissen of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- b. **Bloed en lymfeklieren:** bloedarmoede, afwijking van de bloedstolling of het beenmerg, leukemie of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

- c. **Zenuwstelsel en hersenen:** beroerte, verlamming, epilepsie, multiple sclerose, oogzenuwontsteking of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- d. **Psychische aandoeningen:** schizofrenie, extreme vermoeidheid, angststoornis, depressie, zelfmoordpoging, psychose, eetstoornis of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- e. **Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker** neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- f. **Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie** neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- g. **Stofwisseling, hormonen en klieren:** jicht, verhoogd cholesterolgehalte, aandoening van de schildklier, hemochromatose, hormoonafwijkingen of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- h. **Ademhalingsstelsel:** chronische bronchitis, astma, emfyseem, tuberculose, slaapapneu of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- i. **Spijverteringsstelsel of buik:** maag- of darmbloeding, aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, galblaas, pancreas, leveraandoeningen (hepatitis, cirrose of andere), of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- j. **Infectie of parasitaire ziekte:** HIV, AIDS, tuberculose, malaria, geslachtsziekten, hepatitis B of C of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

- k. **Nieren of urinewegen:** eiwit in de urine, recidiverende blaasontstekingen, nierontsteking, nierstenen, incontinentie of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- l. **Geslachtsorganen:**
Vrouwen: baarmoeder, borstaandoeningen, overvloedig bloedverlies of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Mannen: prostaat of een andere aandoening? Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- m. **Spielen en gewrichten:** reuma, artritis psoriatica, spierdystrofieën of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- n. **Ogen:** oogontsteking, dubbelzien of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- o. **Huid:** psoriasis, melanoom of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- p. **Neus, keel en oren:** doofheid, chronische heesheid, duizeligheid of een andere aandoening? neen ja Omschrijving? _____
Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- q. **Andere aandoeningen *** neen ja Omschrijving? _____
**onder aandoening wordt verstaan een ziekte, een handicap, een syndroom, een gezondheidsklacht, de medische letsels ten gevolge van een ongeval. Worden hiermee niet bedoeld: banale infecties zoals griep of een verkoudheid, gastro-intestinale klachten met een duur van minder dan 1 week.* Behandeling? _____
Begindatum? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- 5 a. Bent u momenteel arbeidsongeschikt? neen ja Waaron? _____
Sedert wanneer? _____
Duurtijd? _____
- b. Was u de voorbije 5 jaar langer dan 3 opeenvolgende weken arbeidsongeschikt? neen ja Waaron? _____
Wanneer? _____
Duurtijd? _____

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

- 6 a. Werd u de voorbije 5 jaar langer dan 3 opeenvolgende weken behandeld*? neen ja Welke? _____
Waarom? _____
Huidige toestand? _____
- b. Wordt u momenteel behandeld*? neen ja Welke behandeling? _____
* Onder "behandeling" wordt verstaan:
- alle geneesmiddelen: tabletten, zakjes, siropen, zetpillen, inhalaties, intramusculaire of intraveneuze injecties of baxters of andere
- iedere andere therapeutische behandeling of opvolging
Waarom? _____
Huidige toestand? _____
- 7 a. Werd u de voorbije 10 jaar verzorgd of opgenomen in een ziekenhuis*? neen ja Waarom? _____
Wanneer? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- b. Werd u de voorbije 10 jaar geopereerd? neen ja Waarom? _____
Wanneer? _____
Duurtijd? _____
Huidige toestand? _____
- c. Is er een opname of operatie in een ziekenhuis* gepland tijdens de komende 12 maanden? neen ja Waarom? _____
Wanneer? _____
*Onder "ziekenhuis" wordt verstaan iedere instelling voor medische verzorging, met inbegrip van psychiatrische instellingen waar patiënten worden verzorgd of verblijven ten gevolge van hun gezondheidstoestand teneinde de ziekte te behandelen of te verzachten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.
- 8 a. Raadpleegde u de laatste 12 maanden een arts? neen ja Waarom? _____
Wanneer? _____
Huidige toestand? _____
- b. Is er een raadpleging bij een arts gepland tijdens de komende 3 maanden? (met uitzondering van routine checkup onderzoeken of arbeidsgeneeskundig onderzoek) neen ja Waarom? _____
Wanneer? _____

Hebt u alle vragen beantwoord?

Een onvolledige vragenlijst wordt immers teruggestuurd en zorgt dus voor vertraging.

U bent pas verzekerd op het moment van ondertekening van uw contract en tot op dat moment moet u alle wijzigingen in uw gezondheidstoestand meedelen.

Daarom is het belangrijk dat u de vragenlijst volledig invult en zo snel mogelijk aan ons bezorgt.

Met een volledig ingevulde vragenlijst kunnen wij uw aanvraag sneller behandelen.

Hebt u vragen? Bel ons gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen 8u30-12u30 en 13u30-17u00).

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

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.

Bescherming van uw persoonsgegevens

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. U kunt ook een papieren versie bekomen bij uw (verzekeringstussen)persoon.

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.

Indien u enkel een overlijdens- of schuldsaldoverzekering wenst, dan hoeft u de vragenlijst vanaf hier niet verder in te vullen.

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Deel II: Bijkomend in te vullen voor de volgende verzekeringen:
hospitalisatie, gewaarborgd inkomen en premievrijstelling (niet voor overlijden/schuldsaldo)

9 a. Omschrijf uw jobinhoud (bv: bureauwerk, tuinaanlegger, dakdekker) _____

b. Bent u van plan in het buitenland te verblijven (behalve Europa of Noord-Amerika)? neen ja
Zo ja, waar? _____ Wanneer en hoe lang? _____ Doel? _____

c. Ontvangt u een invaliditeitsuitkering? neen ja Zo ja, geheel / gedeeltelijk graad _____
Waarom? _____ Sinds wanneer? _____

d. Gebruikt u tabak en/of nicotinehoudende producten of hebt u de voorbije 12 maanden tabak en/of nicotinehoudende producten gebruikt? Hieronder verstaan we elk gebruik van tabak en/of nicotine. Voorbeelden hiervan zijn: E-sigaret met nicotine, nicotinepleisters, nicotinekauwgom, sigaren, dampen met nicotinehoudende producten, waterpijp,...
 neen ja Zoja, welke, hoeveel gemiddeld per dag? _____

e. Gebruikt u of hebt u verdovende middelen gebruikt (drugs, hallucinerende middelen of andere) tijdens de voorbije 10 jaar?
 neen ja Zoja, welke? _____
- hoeveelheid/frequentie? _____
- wanneer bent u gestopt? _____

10. Lijdt u of leed u de voorbije 10 jaar aan één van onderstaande aandoeningen*?

**onder aandoening wordt verstaan iedere ziekte, iedere handicap, ieder syndroom, iedere gezondheidsklacht, medische letsels ten gevolge van een ongeval, Aandoeningen die u bij vraag 4 reeds hebt vermeld, hoeft u hier niet opnieuw te vermelden.*

Zo ja, beantwoord volgende vragen

a. **Tanden en kaak** (open beet, malocclusie of een andere aandoening?) neen ja Welke aandoening of klacht? _____
Behandeling? _____
Wanneer en duurtijd? _____
Huidige situatie/evolutie? _____

Is er in de toekomst een ingreep voorzien? neen ja Welke ingreep? _____
Wanneer? _____

b. **Beenderen en gewrichten:** breuken, artrose, gewrichtsontstekingen, letsel aan pezen, spieren, ligamenten of meniscus, osteoporose of een andere aandoening neen ja Welke aandoening of klacht? _____
Behandeling? _____
Welk lichaamsdeel? _____
Links of rechts? _____
Wanneer en duurtijd? _____
Huidige situatie/evolutie? _____

c. Draagt u een bril of lenzen met een sterkte van -8 dioptrieën of meer? neen ja Dioptrieën (sterkte) links: _____
Dioptrieën (sterkte) rechts: _____

d. **Werd u geopereerd aan uw ogen?** neen ja
Zo ja, had u voor de operatie een correctie van -8 dioptrieën of meer? neen ja Dioptrieën vóór de operatie:
- links: _____
- rechts: _____

Werd er een lens geïmplantéerd? neen ja links rechts

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

11a. Raadpleegde u de voorbije 10 jaar een arts of een andere zorgverstreker* voor nekklachten? (o.a. blokkage, discushernia, artrose, whiplash, ...)

neen ja Welke aandoening of letsel?

Hoeveel episodes? _____

Wanneer/welke periode? _____

Restletsels? _____

Huidige toestand? _____

b. Raadpleegde u de voorbije 10 jaar een arts of een andere zorgverstreker* voor rugklachten? (o.a. blokkage, verscot/lumbago, discushernia, artrose ...)?

neen ja Welke aandoening of letsel?

Hoeveel episodes? _____

Wanneer/welke periode? _____

Restletsels? _____

Huidige toestand? _____

*Onder "zorgverstreker" wordt verstaan: kinesitherapeut, chiropractor, osteopaat, manuele therapeut...

Zo ja, bent/hebt u omwille van nek- of rug- klachten

> in behandeling geweest?

neen ja

Medicatie: welke? _____ periode? _____

Kinesithérapie: aantal? _____ periode? _____

Osteopathie: aantal? _____ periode? _____

Chiropraxie: aantal? _____ periode? _____

Inspuitingen: welke? _____

aantal? _____ periode? _____

Heelkundige ingreep: welke? _____

datum? _____

Andere: welke? _____ periode? _____

> een radiologisch onderzoek (o.a. radiografie, scan) of EMG (elektromyografie) ondergaan?

neen ja

Als u het onderzoeksresultaat hebt, voeg het dan bij deze vragenlijst.

Welk? _____ datum? _____

Afwijkingen? _____

> arbeidsongeschikt geweest?

neen ja

Wanneer? _____

- van _____ tot _____

- van _____ tot _____

12. Onderging u de afgelopen 5 jaren één van volgende onderzoeken of is er een onderzoek gepland?

a. Een electrocardiogram

neen ja

Datum? _____ Welk? _____

Resultaat? _____

b. Een röntgenonderzoek (radiografie).

neen ja

Als u het onderzoeksresultaat hebt, voeg het dan bij deze vragenlijst.

Datum? _____ Welk? _____

Resultaat? _____

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

c. Een bloedonderzoek

neen ja

Datum? _____ Welk? _____

Resultaat? _____

d. Een urineonderzoek

neen ja

Datum? _____ Welk? _____

Resultaat? _____

e. Een elektro-encefalogram, een scan, een NMR, een scintigrafie, een arterio-grafie of een ander onderzoek?

neen ja

Datum? _____ Welk? _____

Als u het onderzoeksresultaat hebt, voeg het dan bij deze vragenlijst.

Waarom? _____

Resultaat? _____

13 Wordt u of werd u ooit behandeld (niet onderzocht) met radioactieve bestanddelen (bestraling) of chemo-therapie (infuus)?

neen ja Welke aandoening of klacht?

Welk lichaamsdeel/orgaan?

Welke behandeling? _____

Wanneer en duurtijd? _____

Huidige situatie/evolutie? _____

14 a. Werd u ooit geopereerd (incl. kijkoperatie) ten gevolge van een aandoening aan het bewegingsstelsel?

neen ja

"Onder "bewegingsstelsel" wordt verstaan: bv. rug, nek, knie, beenderen, spieren, gewrichten, ligamenten, pezen, meniscus, ea.

Aandoeningen die u bij vorige vragen reeds hebt vermeld, hoeft u hier niet opnieuw te vermelden.

Welke aandoening of klacht?

Behandeling? _____

Welk lichaamsdeel? _____

Links of rechts? _____

Wanneer en duurtijd? _____

Restletsels? _____

Huidige toestand evolutie? _____

b. Hebt u een prothese of is er osteosynthesemateriaal (metalen of kunststofplaten, spullen, vijzen en dergelijke) ingeplant?

neen ja

Welke? _____

Waar? _____

Werd dit materiaal verwijderd of is dit nog gepland?

Zo ja, wanneer? _____

Medische vragenlijst bij voorstel Leven, Arbeidsongeschiktheid en Gezondheidszorgen

Zo ja, beantwoord volgende vragen

Voor vrouwen:

- 15 Vroegere zwangerschappen? neen ja Hoeveel? _____
Eventuele verwickelingen? _____
- 16 a. Bent u zwanger? neen ja Aantal maanden? _____
- b. Zijn er verwickelingen (bekken- instabiliteit, eiwitverlies, verhoogde bloeddruk, dreigende vroeggeboorte, groeiachterstand bij het ongeboren kind, ...)? neen ja Welke? _____

Hebt u alle vragen beantwoord?

Een onvolledige vragenlijst wordt immers teruggestuurd en zorgt dus voor vertraging.

U bent pas verzekerd op het moment van ondertekening van uw contract en tot op dat moment moet u alle wijzigingen in uw gezondheidstoestand meedelen.

Daarom is het belangrijk dat u de vragenlijst volledig invult en zo snel mogelijk aan ons bezorgt.

Met een volledig ingevulde vragenlijst kunnen wij uw aanvraag sneller behandelen.

Hebt u vragen? Bel ons gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen 8u30-12u30 en 13u30-17u00).

Bescherming van uw persoonsgegevens

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. 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.