

Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging



Stuur het ingevulde formulier op naar: **Partena Onafhankelijk Ziekenfonds, Sluisweg 2 bus 1, 9000 Gent** of deponeer het in een **Partena-briefbus** in je buurt (voor locaties: www.partena-kantoren.be)



Nieuwe aansluiting **Productwijziging** **Agentnummer:**

Voor het beëindigen van uw verzekeringscontract(en) gebruikt u een ontslagformulier

A. CONTACTGEGEVENS VERZEKERINGSNEMER (1 aansluitingsaanvraag per titularis)

1. Naam:
Voornaam:
Straat: Nr.: Bus:
Postcode: Gemeente:
Telefoonnummer: Gsm-nummer:
Geboortedatum:
E-mail adres:

2. Ik wens de communicatie over de aangegane verzekering (facturen, contractuele informatie, algemene informatie, ...) als volgt te ontvangen:

elektronisch (via mail, MijnPartena, raadpleging op de website,...) voor zover de documenten digitaal beschikbaar zijn

op papier

3. **COMMUNICATIETAAL** NL FR EN
(als u geen taal opgeeft, dan is de taal van dit formulier de communicatietaal)

4.

Rijksregisternummer
.....
of
Kleefzegel ziekenfonds aanbrengen

5. **FINANCIËLE REKENING** IBAN:
BIC:

Wijze van betaling: maandelijkse domiciliëring
 kwartaaloverschrijving

6. **BETALER** (in te vullen, indien deze verschilt van de verzekeringsnemer)

Identiteit:
Straat: Nr.: Bus:
Postcode: Gemeente:



A023111D0000000465144700

B. VERZEKERINGSNEMER EN VERZEKERDE(N)

7. Naam en voornaam verzekerde(n)	Geslacht	Geboortedatum
Verzekeringnemer A	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Verzekerde B	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Verzekerde C	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Verzekerde D	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Verzekerde E	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Verzekerde F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	

C. BEHOEFTEANALYSE VOOR DE VERZEKERINGSNEMER EN VERZEKERDE(N) VERMELD ONDER KADER B

Voor een verzekering bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand 'MLOZ Insurance'.
Deze analyse moet altijd voorafgaand aan de aansluiting gebeuren: Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, Waarborg Zware Ziekten en Hospitalia Continuïteit (10A) – Medicalia en Ambulant (10B) – Dentalia Plus (10C)

Om een passende verzekering te kunnen voorstellen, maken we een analyse van uw wensen en behoeften op basis van volgende vragen. We vestigen hierbij de aandacht op het risico van onderverzekering, oververzekering, meervoudige verzekering en een verkeerde verzekeringsdekking. Ons ziekenfonds heeft het statuut van verzekeringsagent die verbonden is met VMOB 'MLOZ Insurance' waardoor we enkel verzekeringscontracten van deze VMOB kunnen voorstellen.

8. U bent reeds gedekt door een verzekering:

	Naam verzekeraar*	Naam product*
<input type="checkbox"/> Hospitalisatie		
<input type="checkbox"/> Ambulante zorg		
<input type="checkbox"/> Tandzorg		

* facultatief

9. Indien dit verschillend is voor de verzekeringnemer of één van de verzekerde(n), gelieve dit hierna te vermelden:

<input type="checkbox"/> Hospitalisatie	
<input type="checkbox"/> Ambulante zorg	
<input type="checkbox"/> Tandzorg	

Aandachtspunten:

Indien u een hospitalisatieverzekering heeft bij een andere verzekeraar, maar u heeft nu een nieuwe voorafgaande aandoening, dan kunnen, op basis van de medische vragenlijst, de honoraria- en kamersupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer uitgesloten worden van betaling.

U bent op de hoogte dat een bevalling slechts zal worden terugbetaald na 9 maanden van lidmaatschap bij onze hospitalisatieproducten. Na 6 maanden, wordt een terugbetaling voorzien, behalve voor de kamer- en honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer.

U wilt verzekerd worden voor één of meerdere producten:

10A. HOSPITALISATIE

U bent gedekt door een collectieve hospitalisatieverzekering via uw werkgever. U verkiest een continue dekking en dus zekerheid als uw huidige verzekering stopt (bijvoorbeeld bij ontslag, verandering van werk of pensioen). Bij het beëindigen van uw collectieve hospitalisatieverzekering kunt u aansluiten zonder nieuwe wachttijd, zonder nieuwe medische vragenlijst en zonder leeftijdsgebonden meerprijs bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus. Bovendien wilt u genieten van terugbetalingen voor opnamekosten van maximum 50 euro per dag in aanvulling op uw groepsverzekering.
(Ga verder naar kader 10.B)

In het geval van een ziekenhuisopname geeft u de voorkeur aan volgend kamertype:

eenpersoonskamer twee- of meerpersoonskamer

Voor de terugbetaling van honorariumsupplementen tijdens een ziekenhuisopname geeft u de voorkeur aan het volgende terugbetalingspercentage **(beantwoord deze vraag alleen als u 'eenpersoonskamer' gekozen hebt als kamertype)**:

200% 300% ten opzichte van het overeenkomstentarif

Wat betreft zorg voor en na een ziekenhuisopname, wilt u een waarborg die kosten **(beantwoord deze vraag alleen als u 'twee- of meerpersoonskamer' gekozen hebt als kamertype)** die:

30 dagen voor- en 90 dagen nazorg vergoedt 60 dagen voor- en 180 dagen nazorg vergoedt

Wat betreft de kosten ten gevolge van een zware ziekte, kiest u ervoor om:

die WEL mee te verzekeren die NIET mee te verzekeren

10B. AMBULANTE VERZORGING (verzorging buiten een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie):

Een verzekerde kan slechts bij één van beide verzekeringen van ambulante verzorging aangesloten zijn

U wenst, bovenop de wettelijk voorziene tegemoetkoming:

De terugbetaling van 50% van uw remgeld voor medische consultaties, bezoeken en technische prestaties, de terugbetaling van 50% van uw geneesmiddelen en een tussenkomst in de aankoop van uw materiaal (tandprothesen, oogzorg, hoorapparaten, ...).

OF

De terugbetaling van 75% van uw remgeld voor medische consultaties, bezoeken en technische prestaties, de terugbetaling van 75% van het bedrag van uw sessies bij verstrekkers van alternatieve therapieën (o.a. psychotherapie, logopedie, osteopathie), een tussenkomst in de aankoop van uw materiaal (oogzorg en hoorapparaten) en een geboorteforfeit van 250 euro per kind.

10C. TANDVERZORGING

Wat betreft kosten voor tandzorg wilt u, bovenop de wettelijk voorziene tegemoetkoming, terugbetalingen ontvangen voor preventieve en curatieve tandzorg, orthodontie, protheses, implantaten en parodontologie.

11. Andere specifieke vereisten of behoeften:

U garandeert dat de gegevens in dit formulier juist zijn, en verklaart correct uw behoeften en verwachtingen te hebben geformuleerd.

D. CONTACT MET ADVIES

Gebruik dit kader als u de aanvraag invult samen met een klantenadviseur. Hij of zij vult het eerste deel van dit vak in bij het doornemen van de vragen. Enkel het tweede deel vult u als verzekeringnemer in.

IN TE VULLEN DOOR DE KLANTENADVISEUR

Naam en voornaam van de klantenadviseur:

Op basis van voorafgaande analyse van de wensen en behoeften, adviseren we u volgend(e) verzekering(s)product(en) van de VMOB 'MLOZ Insurance' voor de verzekeringnemer en verzekerde(n):

- Hospitalia Plus Hospitalia Medium Hospitalia Waarborg Zware ziekten*
 Hospitalia Continuïteit Hospitalia Ambulant Medicalia Dentalia Plus

* aansluiting bij de waarborg zware ziekten kan enkel indien men ook aangesloten is bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus

Indien dit verschillend is voor een of meerdere verzekeringnemers, gelieve dit hierna te vermelden:

Naam en voornaam verzekerde(n)*	Gekozen product(en)
Verzekeringnemer A	
Verzekerde B	
Verzekerde C	
Verzekerde D	
Verzekerde E	
Verzekerde F	

Motivatie van de klantenadviseur m.b.t. aangeraden producten (verplicht in te vullen veld):

* overeenkomstig de volgorde onder KADER B

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSNEMER. VINK UW KEUZE AAN.

12. Ik, de "verzekeringnemer", volg het bovenstaande advies en wens aan te sluiten bij het (de) aangeraden verzekering(s)product(en). Ik bevestig dat de inhoud van het verzekering(s)contract dat ik gekozen heb, overeenstemt met mijn wensen en behoeften en dat ik uitdrukkelijk geïnformeerd werd over de reikwijdte en beperkingen van dit (deze) verzekering(s)product(en). De algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekering(s)product(en) werden samen met de klantenadviseur op papier of op de website overlopen. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen, samen met alle nodige bijkomende informatie en werd verwezen naar de exacte plaats op de website waar deze te raadplegen zijn.
13. Ik, de "verzekeringnemer", volg het bovenstaande advies niet.
(Ga verder naar kader E)

E. CONTACT ZONDER ADVIES OF NIET GEVOLGD ADVIES

Vul dit gedeelte in als u geen contact had met een klantenadviseur (contact in een kantoor) of als u kiest voor (een) ander(e) product(en) dan wat de klantenadviseur u voorstelde. Vink uw keuze aan.

14. Ik, de "verzekeringnemer", heb de behoefteanalyse zelf ingevuld zonder advies van een klantenadviseur. Ik heb uitdrukkelijk kennis genomen van de algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekeringsproduct(en) via een geschreven document of via de website over de reikwijdte en beperkingen van het (de) verzekeringsproduct(en) die overeenstemmen met de wensen en behoeften.
15. Ik, de "verzekeringnemer", volg het bovenstaande advies niet en wens aan te sluiten bij de volgende verzekeringsproduct(en). Ik bevestig dat de inhoud van het verzekeringscontract dat ik gekozen heb, overeenstemt met mijn wensen en behoeften en dat ik uitdrukkelijk geïnformeerd werd over de reikwijdte en beperkingen van dit (deze) verzekeringsproduct(en). De algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekeringsproduct(en) werden samen met de klantenadviseur op papier of op de website overlopen. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen, samen met alle nodige bijkomende informatie en werd verwezen naar de exacte plaats op de website waar de algemene voorwaarden te raadplegen zijn.

16. Ik, de "verzekeringnemer" en verzekerde(n), wil(len) aansluiten bij het (de) volgende verzekeringsproduct(en):

- Hospitalia Plus Hospitalia Medium Hospitalia Waarborg Zware ziekten*
 Hospitalia Continuïteit Hospitalia Ambulant Medicalia Dentalia Plus

* aansluiting bij de waarborg zware ziekten kan enkel indien men ook aangesloten is bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus

als u het gegeven advies niet hebt gevolgd, vermeld dan hieronder de reden:

17. Indien dit verschillend is voor één of meerdere verzekerde(n), gelieve dit hierna te vermelden:

Naam en voornaam verzekerde(n)*	Gekozen product(en)
Verzekeringnemer A	
Verzekerde B	
Verzekerde C	
Verzekerde D	
Verzekerde E	
Verzekerde F	

* overeenkomstig de volgorde onder KADER B

18. Ingevuld te: op / /

19.

Verzekeringnemer	Handtekening

Handtekening klantenadviseur

Door de ondertekening van deze aanvraag, bevestig ik dat ik heb kennisgenomen van de informatie betreffende verwerking van persoonsgegevens op pagina 6 van dit document. Ik verbind mij ertoe om de statuten van de VMOB na te leven. **Iedere weglating of opzettelijk onjuiste verklaring zal tot nietigheid van de aansluiting leiden.** Voor elke kandidaat-verzekerde voor de aansluiting bij de producten Hospitalia en de waarborg zware ziekten voeg ik, onder gesloten omslag ter attentie van de Medisch Adviseur, een individuele medische vragenlijst bij. Ik aanvaard dat de VMOB MLOZ Insurance rechtstreeks contact opneemt met mijn ziekenfonds of met de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om mijn terugbetalingen te optimaliseren op basis van de gegevens die zij ontvangen hebben in het kader van de verplichte en de aanvullende verzekering.

Partena Ziekenfonds is verzekeringsagent (CDZ-nr. 5006c) voor "MLOZ Insurance", de VMOB van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, (Lenniksebaan 788a, 1070 Brussel - RPR Brussel 422.189.629) erkend onder nr. CDZ 750/01 (voor de takken 2 en 18).

HOE VUL IK HET FORMULIER VOOR EEN AANVRAAG VOOR AANSLUITING OF PRODUCTWIJZIGING IN?

De verzekeringsnemer die wil aansluiten (of aangesloten wil blijven) bij de VMOB (Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand) 'MLOZ Insurance', kan dit enkel op voorwaarde dat hij bij de aanvullende diensten aangesloten is bij een van de volgende 4 afdelingen: OZ (501) - Partenamut (509) - Freie Krankenkasse (515) - Partena Ziekenfonds (526), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

U kiest:

- de dekking voor hospitalisatie: Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, de Waarborg Zware Ziekten, Hospitalia Continuïteit
- de dekking ambulante zorg Hospitalia Ambulant of Medicalia
- de dekking tandzorg Dentalia Plus.

Vul een medische vragenlijst in voor een aansluiting bij de producten Hospitalia en de Waarborg Zware Ziekten.

OPGELET: voor elke verzekerde moet een medische vragenlijst ingevuld worden. Stuur al deze documenten naar uw ziekenfonds.

Er moet geen medische vragenlijst ingevuld worden voor Dentalia Plus of Medicalia en ook niet voor een overstap van de dekking van "Hospitalia Medium" naar "Hospitalia" en van "Hospitalia Plus" naar "Hospitalia Medium", "Hospitalia" of "Hospitalia Continuïteit".

De communicatietalen van de VMOB zijn Nederlands, Frans en Engels.

RECHT OP TERUGBETALINGEN

Om een terugbetaling te kunnen krijgen, moet u een wachttijd van 6 maanden doorlopen, die begint te lopen op de aansluitingsdatum bij het product. Een 12 maanden durende wachttijd is voorzien voor Dentalia Plus voor de vergoeding van protheses, implantaten en orthodontie en voor Medicalia voor de uitbetaling van het geboorteforfait. Er is geen wachttijd in het geval van een ongeval, onder voorbehoud van goedkeuring van de medisch adviseur van de VMOB.

De pasgeborene hoeft geen wachttijd te vervullen, indien de wachttijd van de ouders beëindigd is vóór de geboorte (+ uitzonderingen). In geval van aansluiting bij een product van de VMOB, na een gelijkaardige verzekering, kan de wachttijd geschrapt worden, volgens de in de statuten vermelde voorwaarden. Er wordt geen terugbetaling toegekend voor een ziekenhuisopname die begint tijdens deze wachttijd.

In geval van vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand (zoals zwangerschap) die bestaat op de datum van aansluiting en die een ziekenhuisopname veroorzaakt, is er, voor zover de wachttijd vervuld is, een beperkte tegemoetkoming met uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer voor Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus, en voor Hospitalia Ambulant, door een weigering van de terugbetaling van de ambulante verstrekkingen die te maken hebben met die ziekte, aandoening of toestand.

In geval van bevalling tijdens de eerste 9 maanden van aansluiting bij het product, zal de bevalling beschouwd worden als het resultaat van een vooraf bestaande toestand. In dat geval, zullen de hospitalisatiekosten ten laste genomen worden, voor zover de algemene wachttijd vervuld is, met uitsluiting van kamer- en honorariumsupplementen, wanneer de verzekerde persoon kiest voor een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze beperking is echter niet van toepassing indien de bevalling gebeurt na 9 maanden gecumuleerde aansluiting bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering en de verzekering Hospitalia samen.

REGELS VOOR DE BETALING VAN DE PREMIES

De premie is betaalbaar per kwartaal, halfjaar of jaar. Betaling per maand is mogelijk, mits bankdomiciliëring. Zij dient vooruitbetaald te worden, dit wil zeggen in ontvangst genomen vóór de 1e dag van de eerste maand van het trimester, semester of jaar of, in geval van maandelijke domiciliëring bij de bank, binnen de eerste 10 dagen van de maand, het kwartaal, het halfjaar of het jaar.

De verzekeringsnemer die zijn premies niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven, waarin hij gesommeerd wordt om zijn premies te betalen binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de deponering van het aangetekend schrijven bij de post. Deze aanmaning informeert hem over de schorsing van de waarborg, indien hij niet op tijd betaalt. De aanmaning vormt het uitgangspunt van de termijn van 45 dagen die zal uitmonden in zijn ontslag van rechtswege.

Onderstaande aansluitingsaanvraag is een verzekeringsvoorstel dat noch de kandidaat-verzekeringnemer noch de VMOB verbindt tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. De ondertekening van het voorstel brengt geen dekking met zich mee. Binnen de dertig dagen te dateren vanaf de ontvangst van het door u ingevulde voorstel, zal de VMOB u per brief op de hoogte brengen van:

- ofwel de aanvaarding via de aanvaardingsbrief (hierna begint de verzekeringsovereenkomst te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft), met of zonder beperkingen voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand;
- ofwel haar wens om, op vraag van de Medisch Adviseur van de VMOB, bijkomende informatie te bekomen op basis van de medische vragenlijst.

In het geval van een aanvraag voor bijkomende informatie, beschikt u over een termijn van vijfenveertig dagen om er gevolg aan te geven. Als deze termijn gerespecteerd wordt en er al dan niet een beperking van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand voorzien wordt, dan begint de verzekeringsovereenkomst te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft.

Als deze termijn niet gerespecteerd wordt, dan zal de verzekeringsovereenkomst toch beginnen lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft met een beperking van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.

Conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (GDPR) worden uw gegevens verwerkt door de VMOB MLOZ Insurance, die optreedt als verwerkingsverantwoordelijke voor het beheer van uw ziekteverzekeringcontracten. Ons beleid inzake de persoonlijke levenssfeer is beschikbaar op aanvraag per brief (MLOZ - DPO - Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel) of via de volgende link: <https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance>