

AANVRAAG VOOR EEN OVERSTAP VAN PRODUCT

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

A. CONTACTGEGEVENS VERZEKERINGSNEMER (1 aansluitingsaanvraag per gerechtigde)

- Ik heb al een tandverzekering bij de VMOB MLOZ Insurance afgesloten (Dentalia Plus). Mijn contactgegevens zijn hetzelfde gebleven. U kunt ze dus hergebruiken voor deze nieuwe aansluiting. Ik voeg een kleeftbriefje bij.

1. Naam

Voornaam

Telefoonnr.

E-mail adres

Rijksregisternummer

of

Kleeftbriefje ziekenfonds aanbrengen

2. Ik wens de communicatie over de aangevane verzekering (facturen, contractuele informatie, algemene informatie, ...) als volgt te ontvangen:
- elektronisch (via mail, MyMut, raadpleging op de website,...) voor zover de documenten digitaal beschikbaar zijn
- op papier

3. FINANCIËLE REKENING VOOR DE TERUGBETALINGEN

IBAN

BIC

- Betaling van de premies per bankdomiciliëring bankoverschrijving
- Frequentie van betaling jaar halfjaar kwartaal maand (mits bankdomiciliëring)

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

Naam, Voornaam

Straat Nr Bus

Postcode Gemeente

B. VERZEKERINGSNEMER EN VERZEKERDE(N)

- Ik ben me ervan bewust dat een overstap van Dentalia Plus naar Dentalia Up een familiale overstap is. Alle personen die reeds verzekerd zijn door Dentalia Plus worden bijgevolg gelijktijdig overgezet.

E. AANSLUITING ZONDER CONTACT

Vul deze kader in als u géén contact had met een klantenadviseur.
Vink uw keuze aan.

8. Ik, de “verzekeringnemer”, heb de behoefteanalyse zelf ingevuld zonder advies van een klantenadviseur. Ik heb uitdrukkelijk kennis genomen van de statuten, de algemene voorwaarden, de precontractuele informatiefiches en de infofiche van het verzekeringsproduct via een geschreven document of via de website over de reikwijdte en beperkingen van het gekozen verzekeringsproduct dat overeenstemt met mijn wensen en behoeften.

Ik, de “verzekeringnemer” en verzekerde(n), wil(len) aansluiten bij het volgende verzekeringsproduct:

- Dentalia Up

- 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.

9. Ingevuld te, op

Verzekeringnemer(*)	Handtekening

Handtekening klantenadviseur

--

* verplicht in te vullen

Door de ondertekening van deze aanvraag bevestig ik dat ik heb kennisgenomen van de informatie betreffende de verwerking van persoonsgegevens. Iedere weglating of opzettelijk onjuiste verklaring zal tot nietigheid van de aansluiting leiden.

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 en door je ziekenfonds, als haar agent en verwerker, voor het beheer van uw verzekeringscontracten. Ons beleid inzake de persoonlijke levenssfeer is beschikbaar via de volgende link: <https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance> <<https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance>> of op aanvraag per brief (MLOZ - DPO - Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel).

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand MLOZ Insurance erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - Ondernemingsnummer: 422.189.629.