

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 kleefbriefje bij.

1.	Naam	
	Voornaam	
	Telefoonnr.	0
	E-mail adres	
	Rijksregisternummer of Kleefbriefje ziekenfonds aanbrengen	

2. Ik wens de communicatie over de aangeane 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

- ☐ Dit betreft een wijziging van een bestaande verzekering (wijziging verzekeringsproduct, toevoeging van een verzekerde persoon, ...) Ik wens het huidige rekeningnummer te behouden.

IBAN	
BIC	

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

- ☐ Dit betreft een wijziging van een bestaande verzekering (wijziging verzekeringsproduct, toevoeging van een verzekerde persoon, ...) Ik wens de huidige betaler, betaalwijze en frequentie te behouden.

Naam, Voornaam		
Straat		Nr Bus
Postcode		Gemeente

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

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSNEMER. VINK UW KEUZE AAN

8. ☐ Ik, de “verzekeringnemer”, volg het bovenstaande advies en wens aan te sluiten bij het aangeraden verzekeringsproduct. 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 verzekeringsproduct. De statuten, de algemene voorwaarden, de precontractuele informatiefiches en de infofiche van het verzekeringsproduct 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.

E. AANSLUITING ZONDER CONTACT

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

9. ☐ Ik, de “verzekeringnemer”, heb de behoefteanalyse zelf ingevuld zonder advies van een klantenadviseur. Ik verklaar uitdrukkelijk kennis te hebben genomen van de statuten, de algemene voorwaarden, de precontractuele informatiefiches en de infofiche van het gekozen verzekeringsproduct, via een geschreven document of via de website, evenals van de reikwijdte en beperkingen van het product 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.

10. 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.