



WELKOM BIJ DKV

De Belgische geneeskunde is één van de beste ter wereld. DKV maakt ze toegankelijk.

Met meer dan 2 miljoen verzekerden is **DKV** de specialist in België op het vlak van privéziekteverzekeringen. Naast hospitalisatieverzekeringen biedt DKV ook andere aanvullende ziekteverzekeringen aan zowel voor particulieren, zelfstandigen, KMO's als grote bedrijven:

- Ambulante medische kosten (o.a. doktersbezoek, medicatie, enz.)
- Tandzorg
- Zorgverzekering
- Gewaarborgd Inkomen (enkel voor particulieren en zelfstandigen)

Gezondheidszorg wordt alsmaar duurder en de wettelijke ziekteverzekering vergoedt steeds minder. DKV helpt u om de kosten van een opname in het ziekenhuis en andere medische prestaties te beperken.

Wenst u nog meer te weten over DKV, ga dan naar: www.dkv.be

VOORDELEN VAN ONZE AANSLUITINGSVOORWAARDEN

- Geen medische vragenlijst
- Geen uitsluiting van voorafbestaande ziekten en aandoeningen
- Geen wachttijden (behalve bij laattijdige aansluiting bij facultatieve aansluiting van de gezinsleden)

VERZEKERBAARHEID

Voor Belgische werknemers

De aansluiting kan enkel gebeuren voor zover de aan te sluiten personen:

- Onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid en ervan genieten
- Hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben
- De aansluiting vervalt bij een verblijf in het buitenland van meer dan 3 ononderbroken maanden.

Voor grensarbeiders

Komen enkel in aanmerking als grensland: Nederland, Duitsland, Luxemburg en Frankrijk. De aansluiting kan enkel gebeuren voor zover de aan te sluiten personen:

- Onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid of van de sociale zekerheid van het land van verblijf en ervan genieten
- Hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in één van de aan België grenzende landen
- De aansluiting vervalt bij een verblijf in het buitenland van meer dan 3 ononderbroken maanden. Met het buitenland wordt bedoeld elk ander land dan één van de hierboven opgesomde grenslanden.

AANSLUITINGSVOORWAARDEN

- De aansluiting is verplicht voor de personeelsleden.
- Voor de gezinsleden is de aansluiting facultatief. Indien een werknemer één van zijn gezinsleden wenst aan te sluiten, heeft hij echter de verplichting alle leden van het gezin aan te sluiten (behalve voor de familieleden die reeds een gelijkaardige dekking genieten).
- De gezinsleden die niet toetreden binnen de 2 maanden nadat zij het recht op aansluiting verworven hebben, worden aangesloten de eerste dag van de 13de maand die volgt op de aanvraag tot aansluiting. Indien er geen onderbreking is geweest tussen twee opeenvolgende dekkingen, kan mits het voorleggen van een verzekeringsattest, afgeleverd door de vorige verzekeraar deze wachttijd worden afgeschaft.
- De verzekerbare gezinsleden zijn:
 - de levenspartner, indien deze gedomicilieerd is op het adres van het personeelslid en er ook effectief woont en verblijft.
 - de kinderen van het verzekerde personeelslid of van de levenspartner indien ze fiscaal ten laste zijn van één van de ouders en wonen en verblijven in België of in een aan België grenzend land.
- Elke wijziging in de gezinssituatie dient aan de personeelsdienst van de werkgever gemeld te worden (geboorte – (echt)scheiding - kind dat fiscaal niet meer ten laste is – (nieuwe) levenspartner).

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

TERRITORIALITEIT

De verzekeringswaarborg is wereldwijd geldig voor een medisch noodzakelijke en onvoorziene ziekenhuisopname in het buitenland. De verzekeringswaarborg is ook geldig in de lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) voor een medisch noodzakelijke en geplande ziekenhuisopname in het buitenland, op voorwaarde dat er voorafgaandelijk een akkoord is gesloten met het ziekenfonds. Consulteer onze DKV-Assistance voorwaarden vóór vertrek naar het buitenland. U kan ze terugvinden op onze website www.dkv.be.

WAARBORGEN EN VERZEKERDE KAPITALEN

Verzekerde risico's: ziekte, ongeval en bevalling.

Algemene principes:

- ✓ Medische kosten die een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben
- ✓ Medisch noodzakelijke kosten (geen esthetische ingrepen)
- ✓ Medische prestaties geleverd door officieel erkende zorgverstrekkers
- ✓ Medische prestaties die voldoende werden getest op therapeutisch vlak

Hospitalisatiekosten

- ✓ Vrije keuze van ziekenhuis, arts en kamer (de meerkosten omwille van het verblijf van de partner is niet gedekt)
- ✓ Bij behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling gelijkgesteld met een verpleeginstelling is er geen dekking tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode.
- ✓ Bevallingen thuis worden gelijkgesteld met een bevalling in een ziekenhuis.

Worden onbeperkt terugbetaald na tussenkomst van het ziekenfonds en indien deze kosten hernomen werden op de hospitalisatiefactuur:

- ✓ de verblijfs- en logementkosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover de ouder verzekerd is bij de verzekeraar en voor zover het kind de leeftijd van 18 jaar niet bereikt heeft;
- ✓ de kosten van de medische prestaties;
- ✓ de kosten van de paramedische prestaties;
- ✓ de kosten van verbanden, medisch materiaal en farmaceutische producten, met uitzondering van vitaminen, mineralen en voedingssupplementen;
- ✓ de kosten van de medische hulpmiddelen;
- ✓ de chirurgiekosten;
- ✓ de verdovingskosten;
- ✓ de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de arbeidskamer;
- ✓ de kosten van medische protheses;
- ✓ de kosten van kunstledematen;
- ✓ de vervoerskosten per ziekenwagen in België van en naar het ziekenhuis en de overbrenging naar een ander ziekenhuis;
- ✓ de vervoerskosten per helikopter in België, van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoersmiddel gebruikt kan worden;
- ✓ de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- ✓ de kosten van kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin;
- ✓ de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.250 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde.

Informeer u tijdig via onze website www.dkv.be (rubriek FAQ)

One-day-clinic

Indien er voor uw behandeling minstens één ligdag of een wettelijk voorziene one-day-clinic forfait wordt aangerekend door het ziekenhuis of door de verpleeginstelling, dan komt uw opname in aanmerking voor terugbetaling in het plan IS+. Op de ziekenhuisfactuur zal hiervoor een specifieke code vermeld worden. De gipskamer of de ambulante behandeling op de spoedafdeling valt hier niet onder. U kan zich hierover steeds voorafgaandelijk in het ziekenhuis informeren.

Medi-Card®

DKV Belgium N.V. biedt u de Medi-Card® aan. Dit kaartje zorgt ervoor dat bij hospitalisatie de financiële afhandeling van het dossier rechtstreeks tussen DKV Belgium N.V. en het ziekenhuis gebeurt; voorschotten en loodzware eindfacturen behoren voortaan tot het verleden op simpel vertoon van de Medi-Card® bij de opname.

In meer dan 240 ziekenhuizen kan u momenteel reeds terecht met dit klantvriendelijk systeem; voor ons primeert uw gezondheid op de administratieve of financiële bekommernissen.

Op onze website www.dkv.be kan u op elk moment de recentste versie consulteren.

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

Ambulante medische kosten tijdens de voor- en nabehandelingsperiode

Zijn eveneens gedekt, de ambulante medische zorgen die rechtstreeks in verband staan met de hospitalisatie en gemaakt zijn binnen een periode van 30 dagen voor en 90 dagen na de hospitalisatie en voorgeschreven door een erkend zorgverstrekker.

Deze medische kosten zijn:

- ✓ de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- ✓ de kosten van homeopathische behandeling, de kosten van acupunctuur-, osteopathie- en chiropraxiebehandeling;
- ✓ de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: de verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- ✓ de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brilglazen of contactlenzen, de hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken;
- ✓ de kosten van medische protheses;
- ✓ de kosten van kunstledematen;
- ✓ de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen, van verband- en medisch materiaal, indien voorgeschreven door een arts, met uitsluiting van voedingsmiddelen, voedingssupplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten en elk type van product dat in de handel vrij verkrijgbaar is.

Deze kosten worden terugbetaald aan 100% indien er tussenkomst is geweest van het ziekenfonds. Zonder tussenkomst van het ziekenfonds wordt de terugbetaling van DKV herleid tot 50%.

Zijn niet gedekt: de producten die in de algemene handel verkrijgbaar zijn (bv. shampoo, ...), zelfs indien ze voorgeschreven werden door een zorgverstrekker en de onderhoud- en herstellingskosten aan de medische hulpmiddelen.

Ambulante medische kosten in geval van zware ziekte

Zijn eveneens gedekt, de medische ambulante zorgen ten gevolge van 27 zware ziekten op voorwaarde dat er een rechtstreeks verband is tussen de zware ziekte en de behandeling en de zorgen werden voorgeschreven door een erkend zorgverstrekker.

De 27 zware ziekten zijn:

kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.

Deze kosten worden terugbetaald aan 100% indien er tussenkomst is geweest van het ziekenfonds. Zonder tussenkomst van het ziekenfonds wordt de terugbetaling van DKV herleid tot 50%.

De eerste maal dat u kosten voor deze waarborg indient, dient u een "vragenlijst zware ziekte" te laten invullen door uw behandelende arts. Op aanvraag krijgt u deze vragenlijst toegestuurd. Het formulier is ook beschikbaar via www.dkv.be

DKV-assistance

Repatriëring (zie voorwaarden DKV Assistance) – tel 24/7 op het nr. 02/230.31.32.

Consulteer onze voorwaarden vóór vertrek naar het buitenland. U kan ze raadplegen of downloaden via onze website www.dkv.be

TERUGBETALINGSPERCENTAGES

Van zodra de wettelijke ziekteverzekering geheel of gedeeltelijk tussenkomt in de verblijfkosten (kamer) van een hospitalisatie, betaalt DKV, na aftrek van de vrijstelling, 100% van alle medische kosten terug die ten laste zijn gebleven van de patiënt, zelfs indien er geen wettelijke tussenkomst was voor bepaalde medische prestaties, voor zover deze correct werden gefactureerd volgens de richtlijnen van het RIZIV, alsook het ziekenhuisreglement en voor zover de prestaties voldoen aan de algemene principes van de verzekeringsvoorwaarden.

DKV herleidt zijn tussenkomst tot 50 % indien er bij een hospitalisatie helemaal geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering.

Indien er geen wettelijke tussenkomst is in de ambulante medische kosten en/of behandelingen tijdens de pre/post periode en in geval van zware ziekte, bedraagt de tussenkomst 50%.

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

VRIJSTELLING

De vrijstelling is het bedrag dat ten uwen laste is. Zij bedraagt € 150,00 en wordt toegepast per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar. De vrijstelling is evenwel niet van toepassing:

- op de ambulante kosten (buiten de pre/post periode) in geval van zware ziekte.
- indien de verzekerde persoon werd opgenomen in een twee- of meerspersoonskamer en voor zover de verpleeginstelling geen bijkomende ereloonsupplementen aanrekent.

De vrijstelling wordt slechts éénmaal toegepast op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

Het verzekeringsjaar voor dit contract loopt van 01 december tot eind november.

WACHTTIJDEN OP NIVEAU VAN WAARBORG

Er zijn geen wachttijden.

UITSLUITINGEN

De verzekeringswaarborg omvat niet, tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard, de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge:

- ✓ een zelfdoding of een poging tot zelfdoding;
- ✓ een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige verdediging. De opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling om schade te veroorzaken. Een roekeloze daad is een risicovolle en onvoorzichtige handeling die bewust of op een onbezonnen manier wordt begaan;
- ✓ een ziekte of ongeval voortvloeiend uit de actieve deelname door de verzekerde aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, uit geweldaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;
- ✓ een ziekte die of een ongeval dat zich voordoet in een land in staat van burgeroorlog of andere oorlog, of gedestabiliseerd door terrorisme, in geval van politieke onrust, in geval van afkondiging van de staat van beleg (krijgswet), in geval van oproer of geweldadigheden van politieke, ideologische of sociale aard wanneer de verzekerde zich aan dit gevaar blootstelt door in een dergelijk land te verblijven (of ernaar af te reizen). Dit zijn de landen waarvoor de FOD Buitenlandse Zaken een negatief reisadvies uitvaardigt. De verzekeringswaarborg blijft evenwel behouden gedurende de eerste 30 dagen na het begin van de vijandelijkheden wanneer de verzekerde verrast werd door het uitbreken van bovenvermelde toestanden tijdens een reis in het buitenland;
- ✓ actieve deelname van de verzekerde aan een terroristische daad;
- ✓ alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, het overmatig gebruik van geneesmiddelen (tenzij op medisch voorschrift) Het gebruik van geneesmiddelen dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter (tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard). Ziekten of ongevallen – en hun gevolgen – opgetreden bij de verzekerde terwijl hij zich in een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken bevindt, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behandeling;
- ✓ een preventieve behandeling, een sterilisatie, een contraceptie, refractieve oogheelkunde, een esthetische ingreep behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- ✓ functionele of subjectieve stoornissen, waarvan de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- ✓ een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een psychiater;
- ✓ de verzekeringswaarborg wordt verminderd, of volledig geweigerd in geval van nalatigheid van de verzekeringnemer en/of de verzekerde, relatief aan de verplichtingen beschreven in artikel 40 en dit een nadeel teweegbrengt aan de verzekeraar;
- ✓ een vaccinatie, een medisch begeleide voortplanting – behalve indien het verzekeringscontract uitdrukkelijk bepaalt dat deze medische kosten gedekt zijn, zij het onder de daar voorziene voorwaarden;
- ✓ de verzekeringsgevallen die lopend zijn bij de begindatum van de verzekeringswaarborg waarbij de datum van opname in de verpleeginstelling in aanmerking wordt genomen (behalve in geval van een overname van een lopend groepsverzekeringscontract dat een gelijkaardig of identiek risico dekt);
- ✓ de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond;
- ✓ de tandprothesen en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de nahospitalisatieperiode (van een verzekeringsgeval waarvoor DKV Belgium N.V. is tussengekomen) waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan en goedgekeurd door de verzekeraar;
- ✓ kaakchirurgische ingrepen die tot doel hebben implantaten en/of tandmateriaal te plaatsen (met inbegrip van sinuslift en/of botssubstituten en/of membranen).

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

RICHTLIJNEN IN VERBAND MET DE TERUGBETALING VAN UW MEDISCHE KOSTEN

a. Hospitalisatiekosten

Opname in één van de ziekenhuizen die de DKV Medi-Card® erkennen.

Consulteer de lijst via onze website www.dkv.be. Zo kent u altijd de laatste versie.

Wanneer u in een met DKV geconventioneerd ziekenhuis wordt opgenomen, volstaat het de Medi-Card® te overhandigen aan het onthaal. Het ziekenhuis raadpleegt de website van DKV, teneinde de geldigheid van uw dekking te controleren. Bij bevestiging van uw aansluiting, hoeft u verder niets te doen: DKV betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis.

Opname in een ziekenhuis dat de DKV Medi-Card® niet erkent

De hospitalisatiekosten worden terugbetaald op basis van de gedetailleerde facturen opgesteld door het ziekenhuis die u ons bij ontvangst dient te bezorgen.

b. Ambulante kosten bij zware ziektes/Ambulante kosten pré & post

Naar DKV op te sturen

De medische kosten, gemaakt in de pre- en posthospitalisatieperiode en in rechtstreeks verband met de reden van de opname alsook de ambulante kosten bij zware ziekten, worden terugbetaald op basis van kopieën van de attesten van verstrekte hulp OF de gedetailleerde afrekening van het ziekenfonds. Voor geneesmiddelen op voorschrift van een dokter bezorgt u ons het originele 'attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' (model BVAC, aan te vragen bij de apothekers).

Met de Medi-Card® kunnen deze BVAC documenten vanuit de apotheek elektronisch doorgestuurd worden via het AssurPharma systeem (zie onze website www.dkv.be => diensten => Assurpharma). Informeer u bij uw apotheeker.

Dien uw ambulante onkosten zo snel mogelijk in.

ONZE DIGITALE TOOLS

MY DKV

JE PERSOONLIJKE DKV-PORTAAL

Op My DKV kan je ons al je medische kosten en documenten op een eenvoudige, veilige en snelle manier overmaken en ook je terugbetalingen controleren, waar en wanneer je maar wil.

ASSURPHARMA

AssurPharma is het resultaat van ons samenwerkingsproject met de Belgische apothekers. Dankzij deze service kan je je apothekersbriefjes – de zogenaamde BVAC-attesten – rechtstreeks, beveiligd én digitaal laten verzenden door je apotheeker naar DKV. Deze service is verbonden aan je Medi-Card®.

Hoe werkt het? U presenteert uw Medi-Card® bij uw apotheeker. Op deze kaart is een barcode aanwezig. Om de service succesvol te kunnen gebruiken, dient uw apotheeker deze barcode in te scannen waarna hij de attesten digitaal en op een beveiligde manier naar DKV doorstuurt. Zo hoeft je de attesten niet meer per post te versturen en vergemakkelijken wij je administratie.

Je ontvangt zelf een bewijs van verzending met daarop een unieke code. Deze kan je gebruiken indien je een vraag hebt over die specifieke terugbetaling.

DKV APP: EEN MULTIFUNCTIONELE TOOL OP JE SMARTPHONE

Download onze gratis app, scan je Medi-Card® en maak het je gemakkelijk.

Wij hebben aan alles gedacht:

- ✓ Je hebt je Medi-Card® en die van je gezinsleden altijd op zak
- ✓ Scan en verstuur je medische kosten voor een snellere verwerking
- ✓ Vind snel de dichtstbijzijnde ziekenhuizen, wachtdiensten en noodnummers
- ✓ Neem met een paar klikken contact op met DKV Assistance vanuit het buitenland

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.

EINDE VAN DE GROEPSDEKKING

De groepsdekking eindigt, voor de personeelsleden:

- Bij de uitdiensttreding
- Bij de opruststelling (brugpensioen, vervroegd pensioen, pensioen, ..)
- Het niet meer voldoen aan de verzekeraarvoorwaarden
- Bij een verblijf van meer dan 3 maanden onafgebroken in het buitenland (vanaf dag 1).

De groepsdekking eindigt, voor de gezinsleden:

- Bij de uitdiensttreding of opruststelling van de hoofdverzekerde (= personeelslid)
- Bij het overlijden van de hoofdverzekerde
- Voor de kinderen vanaf het moment dat zij niet meer fiscaal ten laste zijn
- Voor de partner vanaf het moment dat hij/zij niet meer woonachtig is op het adres van het personeelslid
- Bij een verblijf van meer dan 3 maanden onafgebroken in het buitenland (vanaf dag 1).

HET CONTINUÏTEITSPRINCIP

Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige groepswaarborg (zoals bv. uitdiensttreding, (brug)pensioen, etc.), de verzekerden (die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben en de voordelen genieten van de Belgische sociale zekerheid) gedurende 24 maanden ononderbroken aangesloten geweest zijn bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten. Dan hebben zij het recht deze verzekeringswaarborg overeenkomstig de Algemene en Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van een bestaand gelijksoortig individueel verzekeringsplan voor te zetten, zonder medische vragenlijst en zonder wachttijden. Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ongeschikt maken aan bijzondere voorwaarden op basis van het indienen van een degelijk ingevuld verzekeringsvoorstel met medische vragenlijst.

De aanvraag tot voortzetting dient schriftelijk of elektronisch aangevraagd te worden bij de verzekeraar binnen een termijn van 105 dagen. Indien u een offerte wenst te bekomen dan kan u deze aanvragen via www.dkv.be (kies de optie "ik ben geen klant").

GDPR

Voor al uw vragen omtrent onze privacyverklaring kan u terecht op onze website: <https://www.dkv.be/privacy>

**IN ELKE BRIEFWISSELING MET DKV, HET POLISNUMMER OF HET NUMMER OP UW MEDI-CARD® VERMELDEN
ALSOOK UW NAAM EN VOORNAAM.**

Wijzigingen in uw gezinssituatie dient u te melden aan uw personeelsdienst.

Indien gewenst kan u de volledige polisvoorwaarden inkijken op de HR-afdeling van uw werkgever.

U kan ons telefonisch bereiken op het telefoonnummer 02/287 64 11

NEEM ZEKER EEN KIJKJE OP ONZE VERNIEUWDE WEBSITE EN ONTDEK WAT DKV U NOG MEER KAN BIJEN !

De beste zorgen. Levenslang

Deze tekst is een samenvatting. Hieraan kunnen geen rechten ontleend worden. Enkel de polisvoorwaarden zijn bindend.