

Gesundheitsfragebogen zum Antrag Leben, Arbeitsunfähigkeit und Heilbehandlung



[VERTRAULICH]

Neu:
Für die Restschuldversicherung kann diese Erklärung über
KBC Touch ausgefüllt werden!
Dies trägt zur reibungslosen Bearbeitung Ihres Dossiers bei.

AN

KBC Versicherungen
Vertrauensarzt / LEUtiens - LMD
Van Overstraetenplein 2,
3000 Leuven

Vermittler

- Gruppe-ALIS
 Gruppe-nicht ALIS
 Individual
- Todesfall
 RSV / Hinzufügung LHP
 Garantiertes Einkommen/Invalidität
 Prämienfreiheit
 Krankenhausaufenthalt

Name und Adresse (oder Stempel)

WOLFF+PARTNERS Versicherungen

Tel. 080 420 652 · Fax 080 420 452

Email: info@wolff-partners.be

WP Bütgenbach: Zum Walkerstal 20
4750 Bütgenbach

WP Amel: Auf dem Kamp 19A · 4770 Amel



Agentennummer

3 6 3 8 3 0

Aktenzeichen

FSMA-Nummer

113741 A

Policennummer

Erklärungen der zu versichernden Person

1 a. Name (für verheiratete Frauen nur den Mädchennamen angeben)

Vorname

b. Geburtsdatum

Geschlecht

.....

M F

c. Kontaktangaben:

Straße, Hausnummer, Fach

Telefon / Mobiltelefon

PLZ

Gemeinde

Land

E-mail

Was müssen Sie wissen, bevor Sie den Gesundheitsfragebogen ausfüllen?

Der Versicherer beurteilt das zu versichernde Risiko anhand der in diesem Fragebogen mitgeteilten Angaben. Das Gesetz schreibt vor, dass dieser Fragebogen darum korrekt, genau und vollständig ausgefüllt werden muss. Alle Ihnen bekannten Umstände, die einen Einfluss auf die Beurteilung des Versicherungsvertrags haben können, müssen mitgeteilt werden.

Wenn bestimmte Informationen nicht oder nicht korrekt mitgeteilt werden, kann das Folgen für die Ausführung des Versicherungsvertrags haben.

Jede vorsätzlich unrichtige oder vorsätzlich unvollständige Erklärung führt zur Nichtigkeit der Versicherung.

Änderungen, die nach dem Ausfüllen dieser Erklärung aber vor dem Zeitpunkt, an dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird, eintreten, müssen dem Versicherer aus eigenem Antrieb mitgeteilt werden.

Erklärung des Versicherten

Ich erkläre, dass ich alle Angaben, von denen ich berechtigterweise annehmen kann, dass sie einen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, mitgeteilt habe.

Erklärung über die Todesursache

Ich ermächtige hiermit ausdrücklich meine behandelnden Ärzte sowie gegebenenfalls den Arzt, der die Todesursache feststellt, auf Verlangen der KBC Versicherungen AG dem Vertrauensarzt von KBC Versicherungen AG die notwendigen medizinischen Informationen und/oder eine Erklärung über die Todesursache zu geben.

Ich erkläre, eine Kopie dieses vollständigen Fragebogens, der 8 Seiten umfasst, erhalten zu haben.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherten

oder für Minderjährige die Unterschrift eines Elternteils oder des gesetzlichen Vertreters

(vor der Unterschrift muss der Vermerk „Gelesen und genehmigt“ stehen.)

Sitz der Gesellschaft: KBC Versicherungen AG – Professor Roger Van Overstraetenplein 2 – 3000 Leuven – Belgien
MwSt. BE 0403.552.563 – RJP Löwen – IBAN BE43 7300 0420 0601 – BIC KREDBEBB
Unternehmen zugelassen für alle Zweige unter Kode 0014 (K.E 4 juli 1979, B.St. 14 juli 1979) durch die Belgische Nationalbank,
de Berlaimontlaan 14, 1000 Brüssel, Belgien.
Ein Unternehmen des KBC-Konzerns

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

1. Beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie mit Ja antworten, beantworten Sie bitte auch die Zusatzfragen.
2. Möchten Sie eine Todesfall- oder eine Restschuldversicherung abschließen? Füllen Sie dann Teil I aus.
Möchten Sie ein garantiertes Einkommen, eine Prämienfreiheit- oder eine Krankenhausaufenthaltsversicherung abschließen? Füllen Sie dann beide Teile aus.

Wenn Sie Fragen beim Ausfüllen des Fragebogens haben, dann rufen Sie bitte die gebührenfreie Nummer 0800 936 84 an (an Werktagen von 8.30 bis 12.30 Uhr und von 13.30 bis 17.00 Uhr).

Teil I: für alle Versicherungen ausfüllen

2 a. Trinken Sie durchschnittlich mehr als 2 Gläser Alkohol pro Tag? nein ja Wenn ja, wie viel?
- Wein Gläser durchschnittlich pro Tag
- Bier Gläser durchschnittlich pro Tag
- Spirituosen oder Aperitif Gläser durchschnittlich pro Tag

b. Nehmen Sie oder haben Sie in den vergangenen 5 Jahren Betäubungsmittel (Drogen, Halluzinogene oder andere) genommen? nein ja Wenn ja, welche?
- Menge / Häufigkeit?
- Wann haben Sie damit aufgehört?

c. Haben Sie ein ärztliches Gutachten erhalten oder waren Sie in Behandlung wegen Ihres Konsums von:
- alkoholischen Getränken nein ja
- Tabak nein ja
- Betäubungsmitteln (Drogen, Halluzinogenen oder andere)? nein ja
Wenn ja, erläutern Sie bitte welche Gutachten oder welche Behandlung:

3 a. Gewicht kg Größe cm

b. Haben Sie ein ärztliches Gutachten erhalten oder waren Sie in Behandlung wegen Ihres Gewichts? nein ja Wenn ja, erläutern Sie bitte:
- welche Behandlung?
- wann?

4 Haben Sie oder hatten Sie in den vergangenen 10 Jahren eine Erkrankung*?
*Unter Erkrankung wird eine Krankheit, eine Behinderung, ein Syndrom, eine Gesundheitsbeschwerde, Verletzungen infolge eines Unfalls verstanden. Nicht gemeint sind: banale Infekte wie grippaler Infekt oder Erkältung, Magen-Darm-Beschwerden, die weniger als eine Woche andauern.

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

a. **Herz und Blutgefäße:** Herzgeräusch oder -fehler, Herzinfarkt, Brustschmerzen, Herzklopfen, hoher Blutdruck, eine Erkrankung der Herzkranzgefäße bzw. Arterien, Herzrhythmusstörungen oder eine andere Erkrankung? nein ja
Beschreibung?
Behandlung?
Anfangsdatum?
Dauer?
Heutiger Zustand?

b. **Blut und Lymphdrüsen:** Blutarmut, Abweichung der Blutgerinnung oder des Knochenmarks, Leukämie oder eine andere Erkrankung? nein ja
Beschreibung?
Behandlung?
Anfangsdatum?
Dauer?
Heutiger Zustand?

c. **Nervensystem und Gehirn:** Gehirnschlag, Lähmung, Epilepsie, Multiple Sklerose, Sehnerventzündung oder eine andere. nein ja
Beschreibung?
Behandlung?
Anfangsdatum?
Dauer?
Heutiger Zustand?

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

d. **Psychische Erkrankungen:** Extreme Müdigkeit, Angststörung, Depressionen, Selbstmordversuch, Psychose, Essstörung, Schizophrenie oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

e. **Tumore, bösartige Erkrankungen oder Krebs** nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

f. **Zuckerkrankheit (Diabetes), Glukoseintoleranz** nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

g. **Stoffwechsel und endokrine Drüsen :** Gicht, Schilddrüsenerkrankung, erhöhter Cholesteringehalt, Hormonabweichungen, Hämochromatose oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

h. **Atmungsorgane:** chronische Bronchitis, COPD, Asthma, Emphysem, Tuberkulose, Schlafapnoe-Syndrom oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

i. **Verdauungssystem oder Bauch :** Magen- oder Darmblutung, Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, der Därme, der Leber (Hepatitis, Zirrhose oder andere), Erkrankungen der Gallenblase oder der Bauchspeicheldrüse oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

j. **Infektions- oder parasitäre Erkrankung:** HIV, AIDS, Tuberkulose, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis B oder C oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

k. **Nieren oder Harnwege:** Eiweiß im Harn, rezidivierende Blasenentzündungen, Nierenentzündung, Nierensteine, Inkontinenz oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

l. **Geschlechtsorgane:**
Frauen: Gebärmutter, Erkrankungen der Brust, übermäßiger Blutverlust oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

Männer: Prostataerkrankung oder eine andere Erkrankung?

m. **Muskeln und Gelenke:** Rheuma, psoriatische Arthritis, Muskeldystrophien oder eine andere Erkrankung? nein ja

Beschreibung?
 Behandlung?
 Anfangsdatum?
 Dauer?
 Heutiger Zustand?

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

n. Augen: Augenentzündung, Doppelsehen oder eine andere Erkrankung?

nein ja

Beschreibung?

Behandlung?

Anfangsdatum?

Dauer?

Heutiger Zustand?

o. Haut: Psoriasis, Melanom oder eine andere Erkrankung?

nein ja

Beschreibung?

Behandlung?

Anfangsdatum?

Dauer?

Heutiger Zustand?

p. Nase, Hals und Ohren: Taubheit, chronische Heiserkeit, Schwindelanfälle oder eine andere Erkrankung?

nein ja

Beschreibung?

Behandlung?

Anfangsdatum?

Dauer?

Heutiger Zustand?

q. Andere Erkrankungen *

**Unter Erkrankung wird eine Krankheit, eine Behinderung, ein Syndrom, eine Gesundheitsbeschwerde, Verletzungen infolge eines Unfalls verstanden. Nicht gemeint sind: banale Infekte wie grippaler Infekt oder Erkältung, Magen-Darm-Beschwerden, die weniger als eine Woche andauern.*

nein ja

Beschreibung?

Behandlung?

Anfangsdatum?

Dauer?

Heutiger Zustand?

5 a. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?

nein ja

Warum?

Seit wann?

Dauer?

b. Sind Sie in den vergangenen 5 Jahren länger als 3 Wochen nacheinander arbeitsunfähig gewesen?

nein ja

Warum?

Wann?

Dauer?

6 a. Sind Sie in den vergangenen 5 Jahren länger als 3 Wochen nacheinander in Behandlung* gewesen?

nein ja

Welche?

Warum?

Heutiger Zustand?

b. Sind Sie derzeit in Behandlung*?

nein ja

Welche?

Warum?

Heutiger Zustand?

** Unter Behandlung wird Folgendes verstanden:*

- alle Arzneimittel: Tabletten, Beutel, Sirupe, Zäpfchen,

Inhalationslösungen, intra muskuläre oder intravenöse

Injektionen oder Infusionen oder andere

- jede andere therapeutische Behandlung oder Nachbetreuung

7 a. Sind Sie in den vergangenen 10 Jahren in einem Krankenhaus* behandelt oder in ein Krankenhaus aufgenommen worden?

nein ja

Warum?

Wann?

Dauer?

Heutiger Zustand?

b. Sind Sie in den vergangenen 10 Jahren operiert worden?

nein ja

Warum?

Wann?

Dauer?

Heutiger Zustand?

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

c. Ist eine Aufnahme oder Operation in einem Krankenhaus* in den kommenden 12 Monaten vorgesehen?

nein ja

Warum?

Wann?

**Unter "Krankenhaus" versteht man jede Einrichtung für medizinische Pflege, einschließlich psychiatrischer Einrichtungen, in der Patienten gepflegt werden oder sich infolge ihres Gesundheitszustandes aufhalten, um die Krankheit zu behandeln oder zu mildern, den Gesundheitszustand wiederherzustellen oder zu verbessern oder die Verletzungen zu stabilisieren.*

8 a. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten einen Arzt aufgesucht?

nein ja

Warum?

Wann?

Heutiger Zustand?

b. Ist ein Arztbesuch in den kommenden 3 Monaten vorgesehen? (mit Ausnahme von Routine-Check oder arbeitsmedizinische Arztbesuch)

nein ja

Warum?

Wann?

Haben Sie alle Fragen beantwortet?

Ein unvollständiger Fragebogen wird zurückgeschickt und das führt zu Verzögerungen.

Sie sind erst zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Verträge versichert und bis zu dem Zeitpunkt müssen Sie alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mitteilen.

Darum ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen und ihn uns so schnell wie möglich übermitteln.

Mit einem vollständig ausgefüllten Fragebogen können wir Ihren Antrag schneller bearbeiten.

Wenn Sie Fragen beim Ausfüllen des Fragebogens haben, dann rufen Sie bitte die gebührenfreie Nummer 0800 936 84 an (an Werktagen von 8.30 bis 12.30 Uhr und von 13.30 bis 17.00 Uhr).

Informationen über den Ausgleich

Ein besonderer Solidaritätsmechanismus für die Restschuldversicherung gilt als Absicherung für einen Hypothekarkredit für die einzige und eigene Wohnung. Wenn für die Restschuldversicherung wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos eine medizinische Zusatzprämie angerechnet wird, die eine bestimmte Mindestschwelle überschreitet, garantiert der Ausgleichsmechanismus, dass der zusätzliche Betrag nicht vom Versicherungsnehmer gezahlt werden muss, sondern von der Ausgleichskasse übernommen wird. Der Versicherungsnehmer braucht die Leistung der Ausgleichskasse nicht ausdrücklich zu beantragen. Die Versicherungsgesellschaft, die eine medizinische Zusatzprämie auferlegt, die den Mindestbetrag übersteigt, richtet sich direkt an die Ausgleichskasse, um den Mehrbetrag einzufordern. Zusätzliche Informationen dazu finden Sie in unseren KBC-Bankfilialen oder bei unseren KBC-Versicherungsagenten.

Verarbeitung personenbezogener Daten

KBC Versicherungen ist für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von unter anderem dem Antragsteller, dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder dem Begünstigten verantwortlich. Der Vermittler verarbeitet diese Daten für KBC Versicherungen. Der KBC-Vermittler verarbeitet keine medizinischen Daten.

Für KBC Versicherungen ist der Schutz Ihrer Privatsphäre wichtig. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website (www.kbc.be/privacy) oder in der Papierfassung, die Sie bei Ihrem KBC-Versicherungsvermittler oder in Ihrer KBC-Bankfiliale erhalten.

Wir empfehlen Ihnen, diese Erklärung aufmerksam durchzulesen, da sie Ihre Rechte und gesetzlichen Pflichten bezüglich der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die auf Ihrem Versicherungsantrag angegeben sind, zum Gegenstand hat.

Der Unterzeichner bestätigt hiermit, dass er in Kenntnis der Sachlage KBC Versicherungen schriftlich seine freie Zustimmung gibt, seine Gesundheitsdaten entsprechend dieser Datenschutzerklärung zu verwenden. Der gesetzliche Vertreter tritt für die geschäftsunfähige Person (beispielsweise ein Minderjähriger), die er vertritt, auf.

Wenn Sie nur eine Todesfall- oder Restschuldversicherung abschließen möchten, folgende Fragen müssen nicht ausgefüllt werden.

Teil II: Für folgende Versicherungen zusätzlich ausfüllen:

Krankenhausaufenthalt, garantiertes Einkommen und Prämienfreiheit (nicht für Todesfall/Restschuld)

9 a. Beschreiben Sie den Inhalt Ihrer beruflichen Tätigkeit (z. B. Büroarbeit, Gärtner, Dachdecker) _____
 Handelt es sich bei Ihrem Beruf um eine selbstständige Berufstätigkeit? nein ja
 Voriger Beruf _____

b. Planen Sie einen Aufenthalt im Ausland (ausgenommen Europa und Nordamerika)? nein ja
 Wenn ja, wo? _____ Wann und über welchen Zeitraum? _____ Ziel? _____

c. Erhalten Sie eine Invalidenrente? nein ja Wenn ja, ganz / teilweise Grad _____
 Warum? _____ Seit wann? _____

d. Rauchen Sie oder haben Sie in den nein ja Wenn ja, wie viel durchschnittlich pro Tag? _____
 vergangenen 12 Monaten geraucht?

e. Nehmen Sie oder haben Sie in den vergangenen nein ja Wenn ja, welche? _____
 10 Jahren Betäubungsmittel (Drogen, - Menge / Häufigkeit? _____
 Halluzinogene oder andere) genommen? - Wann haben Sie damit aufgehört? _____

10 Haben Sie oder hatten Sie in der Vergangenheit eine der folgenden Erkrankungen*?

**unter Erkrankung wird jede Krankheit, jede Behinderung, jedes Syndrom, jede Gesundheitsbeschwerde, die Folgen eines Unfalls usw. verstanden.*

Leiden, die Sie unter Frage 4 bereits angegeben haben, brauchen Sie hier nicht zu wiederholen.

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

a. **Ästhetische Eingriffe oder operative Behandlung von Übergewicht** (Brustoperation, Bauchwandkorrektur, Magenring, Magenband, Magenbypass, Operation nach Scopinaro usw.) nein ja Welche? _____
 Datum der Operation? _____
 Dauer der Aufnahme? _____
 Heutige Situation/ Entwicklung? _____

b. **Unfall mit körperlichen Verletzungen** nein ja Welche? _____
 Wann? _____
 Dauerschäden? _____
 Dauer des Bewusstseinsverlusts oder Komas (im Fall eines Schädeltraumas)? _____

c. **Zähne und Kiefer** (offener Biss, Malokklusion oder eine andere Erkrankung?) nein ja Welche Erkrankung oder Beschwerde? _____
 Behandlung? _____
 Wann und über welchen Zeitraum? _____
 Heutige Situation/ Entwicklung? _____

Ist in der Zukunft eine Operation vorgesehen? nein ja Welcher Eingriff? _____
 Wann? _____

d. **Knochen und Gelenke:** Brüche, Arthrose, Gelenkentzündungen, Nervenentzündung, Verletzungen von Sehnen, Muskeln, Ligamenten oder Meniskus, Osteoporose oder eine andere Erkrankung? nein ja Welche Erkrankung oder Beschwerde? _____
 Behandlung? _____
 Welcher Körperteil? _____
 Links oder rechts? _____
 Wann und über welchen Zeitraum? _____
 Heutige Situation/ Entwicklung? _____

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen

Haben Sie eine Prothese oder wurde Osteosynthesematerial (Metall- oder Kunststoffplatten, Nägel und Drähte, Schrauben usw.) eingesetzt? nein ja

Welche?
 Wo?
 Wurde dieses Material entfernt oder ist das vorgesehen?
 Wenn ja, wann?

e. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen mit einer Stärke von -8 Dioptrien oder mehr? nein ja

Dioptrien (Stärke) links:
 Dioptrien (Stärke) rechts:

f. Haben Sie sich einer Augenoperation unterzogen? nein ja

Wenn ja, hatten Sie vor der Operation eine Korrektur von -8 Dioptrien oder mehr? nein ja

Dioptrien vor der Operation:
 - links:
 - rechts:

Wurde eine Linse Implantiert? nein ja links: rechts

11a. Haben Sie jemals einen Arzt oder ein anderer Pflegeleister* wegen Nackenbeschwerden (u. a. Blockade, Bandscheibenvorfall, Arthrose, Whiplash, ...) aufgesucht? nein ja

Welche Erkrankung oder Beschwerde?
 Wie viele Vorfälle?
 Wann/welcher Zeitraum?
 Dauerschäden?
 Heutiger Zustand?

b. Haben Sie jemals einen Arzt oder ein anderer Pflegeleister* wegen Rückenbeschwerden (u. a. Blockade, Hexenschuss/Lumbago, Bandscheibenvorfall, Arthrose, ...) aufgesucht? nein ja

Welche Erkrankung oder Beschwerde?
 Wie viele Vorfälle?
 Wann/welcher Zeitraum?
 Dauerschäden?
 Heutiger Zustand?

**Unter „Pflegeleister“ wird Folgendes verstanden:
 Physiotherapeut, Chiropraktiker, Osteopath,
 Manualtherapeut usw.*

Wenn Ja, waren Sie wegen der Nacken- oder Rückenbeschwerden

> in Behandlung? nein ja

Medikation: Welche? Zeitraum?
 Heilgymnastik: Anzahl? Zeitraum?
 Osteopathie: Anzahl? Zeitraum?
 Chiropraxis: Anzahl? Zeitraum?
 Injektionen: welche?
 Anzahl? Zeitraum?
 Chirurgischer Eingriff: Welche?
 Datum?

> Haben Sie sich einer Röntgenuntersuchung (u. a. Radiographie, Scanner-Untersuchung) oder EMG-Untersuchung (Elektromyographie) unterzogen? nein ja

Welcher? Datum?
 Abweichungen?

> Waren Sie arbeitsunfähig? nein ja

Wann?
 - vom bis
 - vom bis

12 Haben Sie sich in den vergangenen 5 Jahren einer der folgenden Untersuchungen unterzogen oder ist eine Untersuchung geplant?

- a. Ein Elektrokardiogramm nein ja Datum? Warum?
Ergebnis?
- b. Eine Röntgenuntersuchung nein ja Datum? Warum?
Ergebnis?
- c. Eine Blutuntersuchung nein ja Datum? Warum?
Ergebnis?
- d. Eine Urinuntersuchung nein ja Datum? Warum?
Ergebnis?

13 Werden oder wurden Sie mit radioaktiven Bestandteilen (Bestrahlung) oder Chemotherapie (Infusion) behandelt (keine Untersuchung)?

- nein ja Welche Erkrankung/ Beschwerde?
Für welchen Körperteil, welches Organ?
Welche Behandlung?
Wann und über welchen Zeitraum?
Heutige Situation/ Entwicklung?

14 Sind Sie in der Vergangenheit Untersuchungen wie Elektroenzephalogramm, Scanner, NMR, Szintigraphie oder Arteriografie oder anderen Untersuchungen unterzogen worden?

- nein ja Datum?
Welche?
Warum?
Ergebnis?

Für Frauen:

15 Frühere Schwangerschaften?

- nein ja Wie viele?
Eventuelle Komplikationen?

16 a. Sind Sie schwanger?

- nein ja Im wievielten Monat?

b. Kam es zu Komplikationen (Beckeninstabilität, Eiweißverlust, erhöhter Blutdruck, drohende Frühgeburt, Wachstumsrückstand beim ungeborenen Kind usw.)?

- nein ja Welche?

Haben Sie alle Fragen beantwortet?

Ein unvollständiger Fragebogen wird zurückgeschickt und das führt zu Verzögerungen.

Sie sind erst zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Verträge versichert und bis zu dem Zeitpunkt müssen Sie alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mitteilen.

Darum ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen und ihn uns so schnell wie möglich übermitteln.

Mit einem vollständig ausgefüllten Fragebogen können wir Ihren Antrag schneller bearbeiten.

Wenn Sie Fragen beim Ausfüllen des Fragebogens haben, dann rufen Sie bitte die gebührenfreie Nummer 0800 936 84 an (an Werktagen von 8.30 bis 12.30 Uhr und von 13.30 bis 17.00 Uhr).

Verarbeitung personenbezogener Daten

KBC Versicherungen ist für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von unter anderem dem Antragsteller, dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder dem Begünstigten verantwortlich. Der Vermittler verarbeitet diese Daten für KBC Versicherungen.

Für KBC Versicherungen ist der Schutz Ihrer Privatsphäre wichtig. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website (www.kbc.be/privacy) oder in der Papierfassung, die Sie bei Ihrem KBC-Versicherungsvermittler oder in Ihrer KBC-Bankfiliale erhalten.

Wir empfehlen Ihnen, diese Erklärung aufmerksam durchzulesen, da sie Ihre Rechte und gesetzlichen Pflichten bezüglich der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die auf Ihrem Versicherungsantrag angegeben sind, zum Gegenstand hat.