



VMOB Hospitaal-Plus, verzekeringsmaatschappij
van onderlinge bijstand, toelatingsnummer verzekeringsonderneming 450/01
Maatschappelijke zetel: Livornostraat 25 – 1050 Brussel
KBO-nummer: 0471.459.194

MiFID-verklaring

Datum ontvangst:

In te vullen door de klant

Naam + voornaam: _____
Straat + nummer: _____
Postcode + gemeente: _____
Geboortedatum: / /

Kruis het gepaste vakje aan

Heeft u reeds een facultatieve ziekteverzekering via uw werkgever of ten persoonlijke titel?

- NEEN JA, hospitalisatieverzekering JA, tandzorgverzekering
 JA, verzekering kosten ambulante verzorging

In welke soort verzekering bent u geïnteresseerd?

- kostendekkende hospitalisatieverzekering:
met jaarplafond van € 15000 / € 25000 (schrappen wat niet past)
 tandzorgverzekering
 continuïteitsverzekering

Bij ziekenhuisopname verblijft u bij voorkeur in een:

- eenpersoonskamer
 kamer voor twee of meer personen

Specifieke verwachtingen van de kandidaat-verzekerde

In te vullen door het ziekenfonds

Advies ziekenfonds/Hospitaal-Plus:

- HPLUS 100 HPLUS 200 Denta Plus Hospitaal-Plus Continuïteit

Te ondertekenen door de klant

Ik _____ (voornaam + naam) verklaar voldoende en correcte informatie te hebben ontvangen over de verzekeringsformules van Hospitaal-Plus. Op basis van een analyse van mijn verlangens en behoeften (*'zorgplicht'*), adviseerde een medewerker van Hospitaal-Plus mij de verzekering die het best aansluit bij het resultaat van deze analyse.

Ik koos ervoor dit advies

- te volgen
- niet te volgen.

Dankzij de informatie die ik ontving (informatiefiche onderneming, productfiche en algemene voorwaarden) is het voor mij duidelijk welke de algemene voorwaarden van de door mij afgesloten verzekering zijn. Ik ben tevens op de hoogte van de specifieke waarborgen die deze overeenkomst mij biedt en de premies die ik daarvoor verschuldigd ben.

Opgemaakt te _____ (plaats) op / / (datum).

Handtekening klant