



Individuele ongevallenverzekering + gewaarborgd inkomen ziekte.

1. Makelaar

Naam: FSMA-nr:
Straat: nr: bus:
Postnummer: Gemeente:
Telefoon: Fax:
E-mailadres:

2. Verzekeringnemer

Naam :
Straat:
.....
Postnummer:
Telefoon:
Fax:
Ondernemingsnr.
Burgerlijke staat:
Geboortedatum: / /
Geslacht:
Nationaliteit:

3. Verzekerde

.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... / /
.....
.....

4. Beroepsactiviteit van de verzekerde

HOOFDBEROEP

Nauwkeurige omschrijving:

.....
.....

BIJBEROEP

Ja Neen

Nauwkeurige omschrijving:

.....
.....

Sedert:/...../.....

WERKZAAMHEDEN

Omvatten uw beroepsactiviteiten handenarbeid? Ja Neen

Zo ja, omschrijf :

.....

Zijn er beroepsbezigheden die van die aard zijn dat zij een risicoverzaring uitmaken, zijnde andere activiteiten dan het beroep van ontwerper in de bouwsector met controle op de uitvoering van de werken? Ja Neen

Zo ja, omschrijf :

5. Sportbeoefening

Beoefent de verzekerde één van de volgende sporten:

Skiën Alpinisme Parachutisme Onderwatersport Delta-plane Bobslee
 Skeleton Gevechtssporten Speleologie Rugby Ijshockey Verdedigingssporten

Beoefent de verzekerde andere sporten ? Ja Neen

Zo ja, welke

Frequentie ?

Beoefent de verzekerde sporten in competitie ? Ja Neen

Zo ja, welke

Beoefent de verzekerde beroepsmatig sporten ? Ja Neen

Zo ja, welke

Maakt de verzekerde gebruik van een motor van meer dan 50cc, zelfs als passagier ? Ja Neen

Zo ja, frequentie en cilinderinhoud :

Maakt de verzekerde gebruik van privé-luchtvaartuigen ? Ja Neen

Zo ja, welke?

Maakt de verzekerde gebruik van motorboten ? Ja Neen

Zo ja, welke?

6. Gezondheidstoestand

Is de verzekerde reeds arbeidsongeschikt geweest wegens ziekte of ongeval? Ja Neen

Zo ja, aard van de aandoening?

Omstandigheden van het ongeval?

Duur van de ongeschiktheid?

Volgt de verzekerde een medische behandeling? Ja Neen

Zo ja, welke?

Wie is de behandelende geneesheer?

Werd de verzekerde opgenomen in het ziekenhuis? Ja Neen

Zo ja, waarom?

Duur?

Heeft de verzekerde één of ander lichaamsgebrek? Ja Neen

Zo ja, welk?

Sedert wanneer?

Invaliditeitsgraad?

Zijn er omstandigheden die het risico verzwaren? Ja Neen

Zo ja, welke?

Is de verzekerde: Linkshandig Rechtshandig Ambidexter

7. Andere verzekeringen

Werden nog ongevallen-, invaliditeits- of levensverzekeringen bij andere maatschappijen afgesloten? Ja Neen

Zo ja, bij welke maatschappij(en)?

Onder welk polisnummer?

Voor welke bedragen?

Werd de verzekering stopgezet? Ja Neen

Zo ja, door wie?

Om welke reden?

Werd een dergelijke verzekering reeds geweigerd? Ja Neen

Zo ja, om welke reden?

8. Gewenste waarborgen

ONGEVALLEN A24+

Te verzekeren jaarbezoldiging: EUR (*)

Wenst u dat de verzekerde jaarbezoldiging en de premie jaarlijks geïndexeerd worden? Ja Neen

Welke formule wenst u? Basisformule Formule II Formule III

Formules	BASISFORMULE	FORMULE II	FORMULE III
Overlijden (kapitaal):	4 x verz. jaarb.	2 x verz. jaarb.	0 x verz. jaarb.
Blijvende ongeschiktheid (kapitaal):	8 x verz. jaarb.	10 x verz. jaarb.	12 x verz. jaarb.
Tijdelijke ongeschiktheid (dagvergoeding):	verz. jaarb. / 365	verz. jaarb. / 365	verz. jaarb. / 365

(*) Verklaring betreffende de bedrijfsinkomsten:

De verzekeringnemer verklaart dat het bedrag van de te verzekeren jaarbezoldiging niet hoger is dan 80% van de jaarlijkse nettobedrijfsinkomsten van de verzekerde.

Begunstigde (naam, voornaam, adres, geboortedatum en graad van verwantschap met de verzekerde):

.....
.....

ZIEKTE (polis afgesloten door AMMA via bemiddeling van Protect)

Jaarlijkse vervalddag: 01/05 01/11

Te verzekeren jaarrente: EUR (*)

Wachttijd: 30 dagen 60 dagen 90 dagen 180 dagen 365 dagen

Rentetype: Constante Herwaardeerbare

Verstrijkingleeftijd: 55 jaar 60 jaar 65 jaar

(*) Verklaring betreffende de bedrijfsinkomsten:

De verzekeringnemer verklaart dat het bedrag van de te verzekeren jaarrente niet hoger is dan 80% van de jaarlijkse nettobedrijfsinkomsten van de verzekerde.

9. Wet op de privacy

Protect hecht belang aan uw privacy. Hoewel de meeste informatie die door Protect gevraagd wordt geen persoonlijke gegevens bevat, is het niet uitgesloten dat de verzekeringnemer om persoonlijke informatie gevraagd wordt. Deze gegevens zullen enkel gebruikt worden in het kader van het verschaffen van de aangevraagde informatie en teneinde een optimale service te verlenen. De gebruiker beschikt over het recht om de verwerkte gegevens in te zien en ze eventueel te verbeteren. De persoonsgegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De verzekeringnemer geeft hierbij toestemming aan Protect om zijn persoonlijke gegevens te verzamelen, bewaren en te verwerken in het kader van het doel waarvoor zij worden verstrekt.

10. Verklaringen

De verzekeringnemer verklaart hierbij dat bovenvermelde verklaringen stroken met de werkelijkheid, zonder enige verzwijging of valse verklaring.

Gelieve alle documentatie toe te voegen die de verzekeraar van nut kan zijn ter appreciatie van het risico (Conform de wettelijke mededelingsplicht).

Dit voorstel dient als basis voor de tarificatie en zal deel uitmaken van de verzekeringspolis.

Door het overmaken van deze gegevens aan Protect verbindt de verzekeringnemer zich niet tot het afsluiten van een verzekeringspolis.

De verzekeringnemer verklaart hierbij uitdrukkelijk dat alle informatie mag bezorgd worden via duurzame drager zoals een USB stick of een beveiligde website i.p.v. op papier. Hiervoor geeft hij zijn e-mailadres op als onweerlegbaar bewijs van toegang tot het Internet en het elektronisch communicatiemiddel. Via het opgegeven e-mailadres zal hij op de hoogte gebracht worden van het webadres en de plaats waar hij toegang kan krijgen tot de informatie.

Ondergetekende bevestigt tevens uitdrukkelijk dat alle communicatie via het opgegeven e-mailadres kan gebeuren.

Ingevuld te:.....

Datum:

De makelaar ondertekent voor echtheid van de
Handtekening van de verzekeringnemer,

De verzekeringnemer,

De makelaar:

Naam + handtekening