

B.A. Beroep

Verzekeringsvoorstel

Psychologisch Consulent

|  |
| --- |
| Wilt u bijkomende informatie?Wilt u meteen de verzekering beroepsaansprakelijkheid afsluiten?Contactpersoon AMMA Verzekeringen:Ile Rombouts Ile.rombouts@amma.be. |

AMMA VERZEKERINGEN o.v.

onderlinge verzekeringsonderneming

vereniging voor onderlinge verzekeringen met vaste en onveranderlijke bijdragen

krachtens artikel 2, § 2 van de wet van 25.06.1992 (B.S. 20.08.1992)

toegelaten door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen onder codenummer 0126

voor de takken ongevallen, ziekte, auto, brand, andere schade, b.a. auto en algemene b.a.

(K.B. 04 en 13.07.1979 – B.S. 14.07.1979)

opgericht op 20.12.1944

statuten gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 13.01.1945, 18.05.1968, 02.08.1973, 11.09.1987

info@amma.be

www.amma.be

# Voorafgaandelijke mededelingen

## Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Elke persoon van wie de persoonsgegevens worden verzameld of geregistreerd door ons wordt ingelicht over onderstaande punten :

1. De verantwoordelijke voor de gegevensverwerking is AMMA Verzekeringen OV, met zetel aan de Kunstlaan 39/1 in 1040 BRUSSEL. Voor elke vraag over dit onderwerp kunt u de gegevensbescherming verantwoordelijke contacteren op het adres: dpo@amma.be.
2. De persoonsgegevens worden verwerkt voor volgende doeleinden: beheer van verzekeringen, debiteurenbeheer, klantenbeheer. De persoonsgegevens kunnen daarenboven verwerkt worden voor statistische doeleinden en om onze diensten te verbeteren.
3. De voornaamste juridische grondslag voor deze verwerking is de Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
4. Wij gebruiken uw persoonsgegevens ook om u op de hoogte te houden van onze nieuwe producten en diensten (direct marketing).
5. Wij kunnen uw persoonsgegevens overmaken aan onze verzekerings- en herverzekeringspartners, met respect voor de hierboven vermelde doeleinden. In geen enkel geval geven wij uw persoonsgegevens door aan andere derden.
6. Wij bewaren uw persoonsgegevens gedurende de volledige looptijd van uw verzekeringsovereenkomsten, en nog langer dan tot op het einde van de overeenkomsten: gedurende de wettelijke verjaringstermijn.
7. Wanneer alle wettelijke vereisten vervuld zijn, geniet u van het recht op toegang tot uw persoonsgegevens en van het recht tot rechtzetting, van verwijdering, de beperking of het verbod tot verwerking, het recht op overdraagbaarheid en het recht uw toestemming in te trekken.
8. De noodzaak om persoonsgegevens te bezorgen kan, al naargelang van het geval, een reglementaire of een contractuele basis hebben en kan het al dan niet afsluiten van een overeenkomst bepalen. Het is verplicht ze te bezorgen. Het niet voldoen aan deze verplichting of het weigeren tot verwerking van gegevens kan leiden tot een weigering of de verbreking van de overeenkomst samen met de toepassing van de sancties voorzien in de wet van 4 april 2014 in geval van vergetelheid of onjuistheid.
9. U hebt het recht een klacht neer te leggen bij de betrokken afdeling van AMMA Verzekeringen, bij de klachtendienst van AMMA (via compliance@amma.be) of bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (contact@apd-gba.be).

Door dit document te ondertekenen, geeft u ons de toestemming om de gegevens betreffende uw gezondheid en uw gerechtelijke gegevens te verwerken, en voor zover dat het nodig is, voor de hierboven vermelde doeleinden.

Als u voor rekening van andere personen optreedt, garandeert u dat u de toestemming heeft gekregen van deze personen voor de verwerking van hun persoonsgegevens.

## Toetreding

De ondertekening van het voorstel leidt niet tot de inwerkingtreding van de dekking.

Het verzekeringsvoorstel verbindt de kandidaat-verzekeringnemer noch de verzekeraar tot het afsluiten van de overeenkomst. Indien de verzekeraar binnen de dertig dagen na ontvangst van het voorstel geen verzekeringsaanbod doet aan de kandidaat-verzekeringnemer, niet om bijkomende inlichtingen vraagt en evenmin weigert om het risico te verzekeren, verbindt hij zich ertoe om de overeenkomst af te sluiten op straffe van schadevergoeding.

Gelieve alle gevraagde gegevens in huidig voorstel in te vullen. Het is vanzelfsprekend dat elke vraag objectief en rechtzinnig dient beantwoord te worden.

Het is onontbeerlijk iedere vraag objectief en rechtzinnig te beantwoorden en huidige verklaring binnen de drie dagen aan AMMA VERZEKERINGEN over te maken.

# Verzekeringnemer

Voor ondernemingen en groeperingen duidelijk de benaming, de aard en de identiteit van de contactpersoon opgeven.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Naam, voornaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |
| NationaliteitNationaal nummer/ondernemingsnummer |  |
| Straat, nummer, bus |  |
| Postcode, woonplaats |  |
| Geslacht  | 🞏 vrouw 🞏 man |
| Bankrekeningnr |  |
| Telefoon privé |  | Telefoon werk 1 |  |
| Telefoon werk 2 |  | GSM |  |
| Telefax |  | E-mail |  |

# Verzekerde

Alleen te vervolledigen indien andere persoon dan de verzekeringnemer.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Naam, voornaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |
| NationaliteitNationaal nummer/ondernemingsnummer |  |
| Straat, nummer, bus |  |
| Postcode, woonplaats |  |
| Geslacht  | 🞏 vrouw 🞏 man |
| Bankrekeningnr |  |
| Telefoon privé |  | Telefoon werk 1 |  |
| Telefoon werk 2 |  | GSM |  |
| Telefax |  | E-mail |  |

# Aanvangsdatum

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvang :Jaarlijkse vervaldag : Betaling : 🞏 jaarlijks   | 🞏 Nieuwe zaak🞏 Vervangt polis nr : 🞏 Gemeenschappel. polis nr :🞏 Sociëtaris nr : 🞏 Nieuw Regio-verantwoordelijke : |

# Beroepsactiviteiten

|  |
| --- |
| Diploma’s : |
| Welke instelling heeft uw diploma(’s) afgeleverd ? |
| Wanneer ? |
| Welk is hiervan de juiste titel ? |
| Sedert wanneer oefent u uw beroep uit ? |
| Welk type psychologie / psychotherapie beoefent u? |
| Welke methodes hanteert u in de uitoefening van uw job? |
| Bent u gespecialieerd in een bepaald onderdeel van uw vak?Zo ja, waarin? |
| Heeft u een RIZIV-codenummer ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, wat is uw RIZIV-codenummer ? |
| Beoefent u alternatieve geneeskunde? 🞏 ja 🞏 neenIndien ja, kan u dan specifiëren? |
| Beoefent u experimentele geneeskunde? 🞏 ja 🞏 neenIndien ja, kan u dan specifiëren? |
| Beoefent u bijzondere therapieën die van aard zouden kunnen zijn 🞏 ja 🞏 neenhet risico te verzwaren of te beïnvloeden? |
| Voert u medische expertises uit in opdracht van gerechtelijke 🞏 ja 🞏 neeninstanties, verzekeringen, enz?Zo ja, omschrijf aub : |
| Waar werkt u?🞏 privé-praktijk🞏 ziekenhuis🞏 andere -> Graag specifiëren aub  |
| Werkt u zelfstandig ? 🞏 ja 🞏 neen Zo neen, onder welke vorm van groepsverband werkt u ? |
| Werd er een afzonderlijke beroepspolis onderschreven voor de activiteiten die u in groepsverband verricht ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, bij welke maatschappij, onder welk nummer ? |
| Bent u stagemeester? 🞏 ja 🞏 neen |
| Bent u aangesteld als verantwoordelijke (bv. directeur, diensthoofd?) 🞏 ja 🞏 neenZo ja, kan u specifiëren? |
| Bent u aan een verzorgingscentrum verbonden als :🞏 eigenaar 🞏 mede-eigenaar 🞏 uitbaterZo ja, omschrijf dit centrum : |

# Werkomstandigheden

|  |
| --- |
| Is er overeenkomst tussen uw vorming en/of opleiding met alle door u beoefende activiteiten ? 🞏 ja 🞏 neenZo neen, omschrijf : |
| Zijn de beschikbare apparatuur en installaties en – eventueel – uw medewerkers en de u ondersteunende diensten van die aard om u toe te laten uw activiteiten in de beste omstandigheden uit te voeren ? 🞏 ja 🞏 neenZo neen, preciseer : |
| Preciseer het aantal werkuren per dag :Werden overuren gepland ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, omschrijf :Zal het geplande aantal werkuren een nadelige invloed hebben op uw werk ? 🞏 ja 🞏 neen |
| Zijn er bepaalde werkomstandigheden die uw beroepsactiviteiten nadelig kunnen beïnvloeden ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, omschrijf : |

# Verzekeringen en schadegevallen

|  |
| --- |
| Bent (was) u reeds verzekerd ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, bij welke maatschappij ?Polisnummer ? |
| Werd de polis reeds verbroken of opgezegd ? 🞏 ja 🞏 neenVoor welke datum ? |
| Werd een gelijkaardige verzekering door een andere maatschappij reeds geweigerd, verbroken of aanvaard mits toepassing van een vrijstelling of beperkende clausule(s) ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, naam van de maatschappij ?Omschrijf de reden (vertrouwelijk) : |
| Hebt u reeds schadegevallen gehad waarbij uw beroepsaan-sprakelijkheid betrokken was ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, wanneer ?Voor welk schadebedrag (vertrouwelijk) ?Omstandigheden (vertrouwelijk) : |
| Heeft u reeds een aangifte voor een eventueel schadegevalingediend bij een verzekeraar ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, omschrijf (vertrouwelijk) : |
| Werd u reeds gerechtelijk vervolgd voor een eventueel schadegeval of ontving u reeds geschreven claims n.a.v. door u uitgevoerde beroepsactiviteiten ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, omschrijf (vertrouwelijk) : |

#  Aanvullende Anterioriteit

|  |
| --- |
| Dient het anterioriteitsrisico verzekerd te worden ? 🞏 ja 🞏 neenZo ja, gedurende hoeveel jaren : |

# Verklaring

|  |
| --- |
| Indien de gestelde vragen of de voorziene ruimte voor de waarborgen u niet voldoende mogelijkheid bieden om alle nuttige verklaringen te verrichten, kunt u dit vak daarvoor gebruiken. |

Iedere wijziging aan het risico zal door de voorsteller (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk aan de Maatschappij worden medegedeeld.

Ik, ondergetekende, verklaar tot de statuten van AMMA VERZEKERINGEN toe te treden en er een « B.A. Beroep verzekering » af te sluiten volgens de algemene voorwaarden van de polis AMMA VERZEKERINGEN en op grond van de voorgaande verklaringen.

Ik, ondergetekende, bevestig de juistheid en oprechtheid van de voorgaande verklaringen, zelfs al werden ze niet eigenhandig door mij geschreven.

Indien een definitieve polis opgemaakt wordt, zullen deze verklaringen als basis dienen voor het opstellen ervan en zullen zij er integraal deel van uitmaken.

Elke handtekening dient voorafgegaan te worden door de eigenhandig geschreven woorden “gelezen en goedgekeurd”.

|  |
| --- |
| Opgemaakt te , op  De verzekerde.Document terugsturen naar het volgende adres :AMMA VERZEKERINGENKUNSTLAAN 39/1, 1040 BRUSSEL |

\* \* \*