

B.A. Beroep Verzekeringsvoorstel



Belgische Vereniging voor
Relatie- en Gezinstherapie en
Systeemcounseling.

AMMA VERZEKERINGEN o.v.
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 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 27.12.2011

info@amma.be
www.amma.be

1. Voorafgaandelijke mededelingen

1.1. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Iedereen van wie we persoonlijke gegevens verzamelen of opslaan, wordt op de hoogte gebracht van de onderstaande punten:

- a) De verantwoordelijke voor de gegevensverwerking is AMMA VERZEKERINGEN OV, met zetel aan de Kunstlaan 39/1 te 1040 BRUSSEL. Voor elke vraag over dit onderwerp kunt u de verantwoordelijke van de gegevensbescherming contacteren op het adres: dpo@amma.be.
- b) De persoonsgegevens worden verwerkt door AMMA VERZEKERINGEN voor volgende doeleinden: beheer van verzekeringen, geschillenbeheer, klantenbeheer. De persoonsgegevens kunnen daarenboven verwerkt worden voor statistische doeleinden en om onze diensten te verbeteren.
- c) De voornaamste juridische grondslag voor deze verwerking is de Wet van 4 april 2014 over de verzekeringen.
- d) Wij gebruiken uw persoonsgegevens ook om u op de hoogte te houden van onze nieuwe producten en diensten (direct marketing).
- e) De persoonlijke gegevens die we verzamelen in het kader van onze relaties, zijn de volgende gegevens: persoonlijke identificatiegegevens, identificatiegegevens uitgegeven door de overheid, financiële identificatiegegevens, persoonlijke kenmerken, beroep en betrekking.
- f) Wij maken uw persoonsgegevens over aan onze verzekerings- en herverzekeringpartners, met respect voor de hierboven vermelde doeleinden. In geen enkel geval geven wij uw persoonsgegevens door aan andere derden.
- g) Wij bewaren uw persoonsgegevens tot het einde van de wettelijke verjaringstermijn van de waarborgen.
- h) 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.
- i) U hebt het recht een klacht neer te leggen bij de betrokken afdeling van AMMA VERZEKERINGEN, bij de klachtendienst van AMMA VERZEKERINGEN (via compliance@amma.be) of bij de gegevensbeschermingsautoriteit (contact@apd-gba.be).

Door dit document te ondertekenen geeft u ons toestemming om gezondheids- en gerechtelijke gegevens die op u betrekking hebben, voor zover nodig, te verwerken voor de hierboven vermelde doeleinden. Als u handelt namens andere mensen, garandeert u dat u toestemming hebt gekregen van deze mensen om hun persoonsgegevens te verwerken.

1.2. 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 onontbeerlijk iedere vraag objectief en rechtzinnig te beantwoorden.

2. Verzekeringnemer

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

Sociëtarisnummer			
Naam, voornaam			
Geboortedatum			
Beroep			
Burgerlijke staat			
Nationaliteit			
Nationaal nummer/ ondernemingsnummer			
Straat, nummer, bus			
Postcode, woonplaats			
Geslacht	<input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man	
Nr Prk of bankrekening			
Telefoon privé		Telefoon werk 1	
Telefoon werk 2		GSM	
Telefax		E-mail	

3. Verzekerde

Alleen te vervullen indien andere persoon dan de verzekeringnemer.

Sociëtarisnummer			
Naam, voornaam			
Geboortedatum			
Beroep			
Burgerlijke staat			
Nationaliteit			
Nationaal nummer/ ondernemingsnummer			
Straat, nummer, bus			
Postcode, woonplaats			
Geslacht	<input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man	
Nr Prk of bankrekening			
Telefoon privé		Telefoon werk 1	
Telefoon werk 2		GSM	
Telefax		E-mail	

4. Aanvangsdatum

Aanvang :	<input type="checkbox"/> Nieuwe zaak
Jaarlijkse vervalddag :	<input type="checkbox"/> Vervangt polis nr :
Betaling : <input type="checkbox"/> jaarlijks	<input type="checkbox"/> Gemeenschappelijk polis nr :
<input type="checkbox"/> zesmaandelijks	<input type="checkbox"/> Sociëtaris nr : <input type="checkbox"/> Nieuw
<input type="checkbox"/> driemaandelijks	Regio-verantwoordelijke :

5. Beroepsactiviteiten

Diploma's :
Welke instelling heeft uw diploma'(s) afgeleverd ?
Wanneer ?
Welk is hiervan de juiste titel ?
Sedert wanneer oefent u uw beroep uit ?
Heeft u een RIZIV-codenummer ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Zo ja, welk is uw RIZIV-codenummer ?

Werkt u zelfstandig ? Zo neen, onder welke vorm van groepsverband werkt u ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Werd er een afzonderlijke beroepspolis onderschreven voor de activiteiten die u in groepsverband verricht ? Zo ja, bij welke maatschappij, onder welk nummer ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent u supervisor in de systeemp Psychotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Uw activiteiten vallen binnen de WUG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Uw activiteiten vallen binnen de Niet WUG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Binnen welke groep valt u als zorgverlener bij 'bijlage 1 – Overzicht Toelatingsvoorwaarden' – zie hieronder.		

BIJLAGE 1 – OVERZICHT TOELATINGSVOORWAARDEN

TOELATINGSVOORWAARDEN RELATIE EN GEZINSTHERAPIE	VOÛR 31 DECEMBER 2010: <input type="checkbox"/> ja	VANAF 1 JANUARI 2011 <input type="checkbox"/> ja	VANAF 1 SEPTEMBER 2018 <input type="checkbox"/> ja
Vooropleiding	Masterdiploma of Bachelor in menswetenschappen. Bijkomende cursussen en vooropleiding zijn niet vereist.	Master Klinisch psychologie (Klasse A)	Master Klinische Psychologie (Klasse A)
	<input type="checkbox"/> ja, specificeer:	Master Klinische orthopedagogiek (Klasse A)	Master Klinische (Klasse A)
		Master Seksuologie en familiale wetenschappen (Klasse A)	Orthopedagogie (Klasse A)
		Master Geneeskunde (Klasse B), specialisatie psychiatrie (Klasse C)	Psychiater (Klasse C)
		Minstens diploma eerste cyclus hoger onderwijs in domein van gezondheidsberoepen, psychologie, pedagogische of sociale wetenschappen, behaald ter afsluiting van opleiding in voltijds onderwijs, minstens 3j studie of 180 ECTS-studiepunten. <i>MITS voorafgaand gevolgd aan psychotherapieopleiding:</i> <i>-Psychopathologie (VUB, KUL, UGent), Ontwikkelingspsychologie(VUB, Ugent, KUL, InteractieAcademie)</i> <i>-Psychotherapie (basisvaardigheden OF therapeutische modellen) (VUB, UGent, KUL):</i>	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Maatschappelijk Werk (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Sociale verpleegkunde (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Psychiatrische verpleegkunde (Klasse B)	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Orthopedagogie (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Gezinswetenschappen (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Bachelor Toegepaste psychologie, richting klinische psychologie(Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Master Huisartsgeneeskunde (Klasse B)	<input type="checkbox"/> ja
		Master criminologie (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
		Master Pedagogie (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja
Master Psychologie (Klasse A)	<input type="checkbox"/> ja		

<p>Psychotherapie-opleiding</p>	<p>Vierjarige RGT-opleiding met succes voltooid hebben.</p> <p>Driejarige erkende opleidingen die voor 31 december 2008 voltooid zijn, worden beschouwd als evenwaardige opleidingen.</p> <p>(-> zie Reglement Interne Orde, art. 3.1)</p>	<p>4 opeenvolgende jaren opleiding RGT in een erkende opleiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Interactie-academie</u> (Antwerpen): postgraduaat systeemtheoretische psychotherapie - <u>IPRR</u> (Mechelen): systeemtheoretische psychotherapie - <u>Korzybski Instituut</u> (Oostende): oplossingsgerichte therapie - <u>UGent</u>: permanente vorming partnerrelatie-, gezins- en systeempsychotherapie. - <u>KULeuven/Context</u>: Postgraduaat relatie-, gezins- en systeempsychotherapie - <u>Rapunzel- VUB</u> (Diest): opleiding relatie- en gezinstherapie <p><i>Voldeden in het verleden aan de voorwaarden maar geven geen opleiding RGT meer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Balans Gent (Contextuele therapie)</i> - <i>Kern, St. Nikolaas</i> - <i>Leren over Leven, Antwerpen</i> - <i>Centrum voor studie van het gezin, Gent</i> - <i>LIST, Leuven</i> - <i>Opleiding Systeempsychotherapie, Haacht,</i> - <i>Relatiestudio, Gent</i> 	<p>idem.</p>
<p>Relevante psychotherapeutische praktijk</p>	<p>Praktijk uitoefenen als RGT met minstens 5 cliënt(systemen)/week.</p>	<p>Minimum 4j systeemtherapie uitvoeren (in een gesuperviseerde psychotherapeutische praktijk; mag ingaan tijdens RGT-opleiding met opleider als supervisor) met minstens 5 cliënt(systemen)/week</p> <p>Supervisie door BVRGS-erkende supervisor.</p> <p>Momenteel werken met psychotherapeutisch mandaat met minstens 5 cliënt(systemen)/week.</p>	<p>idem</p>

TOELATINGSVOORWAARDEN SYSTEMISCHE COUNSELOR	OPLEIDING VOÛR 1 JANUARI 2015	<input type="checkbox"/> ja	OPLEIDING BEGONNEN NA 1 JANUARI 2015	<input type="checkbox"/> ja
Basisdiploma	Minimum diploma Hoger Onderwijs in de menswetenschappen. OPM: Andere basisdiploma's komen eventueel in aanmerking voor lidmaatschap via aantonen bewezen expertise en ervaring in het werkveld aan het bestuur BVRGS vòòr start van tweejarige opleiding. Dit wordt aangevraagd door het opleidingsinstituut, in overleg met kandidaat-cursist.			
Opleiding Counselor	Met succes een erkende opleiding SC gevolgd met theoretisch-technische vorming, persoonlijk proces en supervisie (250u). Gespreid over minimaal 2j. <ul style="list-style-type: none"> - <u>Balans</u> (OPM: vanaf 2019 niet meer voldaan aan voorwaarden): contextuele hulpverlening, begeleiding en counseling + gezinsbegeleiding, gezinsgericht werken en gezinscounseling. - <u>IPRR</u> & Thomas More: postgraduaat systeemcounseling - <u>Interactieacademie</u>: leertraject systemisch counselor - <u>Leren over Leven</u>: school voor contextuele hulpverlening en counseling. - <u>Rapunzel</u>: Contextgerichte zorg Voldeden in het verleden maar geven geen opleiding SC meer: Kern: niet meer sinds 2011 Traject dient afgerond te zijn binnen periode van 7j met minimaal 2j gesuperviseerde werkervaring.		Met succes een erkende opleiding SC gevolgd met theoretisch-technische vorming, persoonlijk proces en supervisie (250u). Gespreid over minimaal 2j. <ul style="list-style-type: none"> - <u>Balans</u> (OPM: vanaf 2019 niet meer voldaan aan voorwaarden): contextuele hulpverlening, begeleiding en counseling + gezinsbegeleiding, gezinsgericht werken en gezinscounseling. - <u>IPRR</u> & Thomas More: postgraduaat systeemcounseling - <u>Interactieacademie</u>: leertraject systemisch counselor - <u>Leren over Leven</u>: school voor contextuele hulpverlening en counseling. - <u>Rapunzel</u>: Contextgerichte zorg + erkende vervolgsupervisie (25u, na de tweejarige opleiding). Traject dient afgerond te zijn binnen periode van 5j.	
Werkervaring	Vòòr aanvang opleiding minstens één jaar werkervaring. Op moment van aanvraag 20% FTE-werk als counselor.			

6. Verzekeringen en schadegevallen (in te vullen door ALLE kandidaat-verzekerden).

Bent (was) u reeds verzekerd ? Zo ja, bij welke maatschappij ? Polisnummer ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Werd de polis reeds verbroken of opgezegd ? Door wie verbroken of opgezegd? Voor welke datum ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Werd een gelijkaardige verzekering door een andere maatschappij reeds geweigerd, verbroken of aanvaard mits toepassing van een vrijstelling of beperkende clause(s) ? Zo ja, naam van de maatschappij ? Omschrijf de reden (vertrouwelijk) :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Hebt u reeds schadegevallen gehad waarbij uw beroepsaansprakelijkheid betrokken was ? Zo ja, wanneer ? Voor welk schadebedrag (vertrouwelijk) ? Omstandigheden (vertrouwelijk) :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Heeft u reeds een aangifte voor een eventueel schadegeval ingediend bij een verzekeraar ? Zo ja, omschrijf (vertrouwelijk) :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Werd u reeds gerechtelijk vervolgd voor een eventueel schadegeval of ontving u reeds geschreven claims n.a.v. door u uitgevoerde beroepsactiviteiten ? Zo ja, omschrijf (vertrouwelijk) :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Heeft u veroordelingen opgelopen vanwege de Provinciale Orde van Geneesheren waartoe u behoort of vanwege de Nationale Orde der Geneesheren van België in verband met technische aspecten van de uitoefening van uw beroep (dus met uitsluiting van problemen inzake ereloon, bijdragebetaling, waardigheid, enz ...) ? Zo ja, preciseer (vertrouwelijk) :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

7. Geneesheren

Algemene inlichtingen (in te vullen door ALLE geneesheren, kandidaat-verzekerden).

Neemt u deel aan wachtdiensten in ziekenhuisverband ? Zo ja, in welke dienst en in welke hoedanigheid ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Oefent u activiteiten uit in urgentiediensten of urgentiewachten ? Zo ja, in welke dienst en in welke hoedanigheid ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Oefent u activiteiten uit in een dienst van intensieve zorgen en/of van reanimatie ? Zo ja, in welke dienst en in welke hoedanigheid ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Maakt U deel uit van een urgentieteam voor transport van gekwetsten en/of zieken ? Zo ja, omschrijf :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u specifieke-esthetische heelkunde ? Zo ja, omschrijf :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u de preventieve geneeskunde ? Zo ja, omschrijf :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u de experimentele geneeskunde ? Zo ja, omschrijf :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u zwangerschapsonderbrekingen ? Zo ja, hoeveel per jaar ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Voert u medische expertises uit in opdracht van gerechtelijke instanties, verzekeringen, enz ... ? Zo ja, omschrijf :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

7.1 Algemene geneeskunde

Heeft u een bijkomende scholing of aanvullende vorming gevolgd ? Zo ja, welke ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent u vrij assistent ? Zo ja, in welke dienst ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent u stagemeester ? Hoeveel bevallingen doet u per jaar ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u het medisch schooltoezicht ? Zo ja, alleen of met één of meer helpers ? In hoeveel instellingen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Beoefent u, de arbeidsgeneeskunde ? Zo ja, alleen of met één of meer helpers ? In hoeveel instellingen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

Werkt u er : <input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
Bent u aan een dienst verbonden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, welke ?
Hoeveel bedden telt deze dienst ?
Bent u er aangesteld als verantwoordelijke ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, welke functie oefent u uit ? <input type="checkbox"/> ziekenhuisbeheerder <input type="checkbox"/> medisch directeur <input type="checkbox"/> administratief directeur <input type="checkbox"/> hoofdgeneesheer <input type="checkbox"/> afdelingshoofd <input type="checkbox"/> diensthoofd <input type="checkbox"/> stagemeester
Bent u aan een verzorgingscentrum verbonden als : <input type="checkbox"/> eigenaar <input type="checkbox"/> mede-eigenaar <input type="checkbox"/> uitbater Zo ja, omschrijf dit centrum :

11. Medewerkers (in te vullen door ALLE kandidaat-verzekerden).

Wordt u bijgestaan door helpers ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, preciseer :																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Hoedanigheid</th> <th rowspan="2">Aantal</th> <th colspan="2">Worden ze vergoed</th> </tr> <tr> <th>door u persoonlijk</th> <th>door een instelling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dokters in de algemene geneeskunde</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Geneesheren – vrij assistenten</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Geneesheren – specialisten</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Geneesheren – specialisten in opleiding</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Studenten – stagiairs</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Apothekers</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tandartsen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dierenartsen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kinesitherapeuten</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Verpleegkundigen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Medische secretaressen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Laboranten</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Technici</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Louter administratieve secretaressen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Andere helpers Omschrijf hun werkzaamheid :</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Hoedanigheid	Aantal	Worden ze vergoed		door u persoonlijk	door een instelling	Dokters in de algemene geneeskunde				Geneesheren – vrij assistenten				Geneesheren – specialisten				Geneesheren – specialisten in opleiding				Studenten – stagiairs				Apothekers				Tandartsen				Dierenartsen				Kinesitherapeuten				Verpleegkundigen				Medische secretaressen				Laboranten				Technici				Louter administratieve secretaressen				Andere helpers Omschrijf hun werkzaamheid :			
Hoedanigheid			Aantal	Worden ze vergoed																																																														
	door u persoonlijk	door een instelling																																																																
Dokters in de algemene geneeskunde																																																																		
Geneesheren – vrij assistenten																																																																		
Geneesheren – specialisten																																																																		
Geneesheren – specialisten in opleiding																																																																		
Studenten – stagiairs																																																																		
Apothekers																																																																		
Tandartsen																																																																		
Dierenartsen																																																																		
Kinesitherapeuten																																																																		
Verpleegkundigen																																																																		
Medische secretaressen																																																																		
Laboranten																																																																		
Technici																																																																		
Louter administratieve secretaressen																																																																		
Andere helpers Omschrijf hun werkzaamheid :																																																																		
Wenst u uw aansprakelijkheid voor de door uw helpers veroorzaakte schade te laten verzekeren ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen																																																																		
Dient de eigen aansprakelijkheid van uw helpers te worden verzekerd ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen																																																																		

12. Werkomstandigheden (in te vullen door ALLE kandidaat-verzekerden).

Is er overeenkomst tussen uw vorming en/of opleiding met alle door u beoefende activiteiten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo 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 ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo neen, preciseer :

13. Verzekerde bedragen per schadegeval en per verzekeringsjaar

Lichamelijke letsels	€	5.000.000
Stoffelijke schade	€	250.000

14. Anterioriteit

Dient het anterioriteitsrisico verzekerd te worden ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Zo ja, gedurende hoeveel jaren :		

15. Verklaring (in te vullen door ALLE kandidaat-verzekerden).

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 VERZEKERINGEN KUNSTLAAN 39 BUS 1, 1040 BRUSSEL
--