

START^{PLUS}


a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé

F O R M U L A I R E R E P O N S E

 M. Mme.

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ N°: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Diplôme/spécialité: _____

Université/haute école: _____

Téléphone: ____ / _____ GSM: ____ / _____ Fax: ____ / _____

E-mail: _____ Date de naissance: ____ - ____ - _____

Statut: Indépendant(e) Salarié(e)

Souhaitez-vous dans le futur recevoir par e-mail notre newsletter gratuite, remplie d'informations et d'avantages ? Oui

 Je souhaite **plus d'informations** concernant les assurances suivantes d'AMMA :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Assurance responsabilité professionnelle | <input type="radio"/> Assurance revenu garanti |
| <input type="radio"/> Assurance auto pour jeunes | <input type="radio"/> Assurance individuelle accidents |
| <input type="radio"/> Assurance incendie et vol (habitation ou cabinet) | <input type="radio"/> Avantages sociaux INAMI |
| <input type="radio"/> Assurance hospitalisation | <input type="radio"/> Caisse d'Assurances Sociales pour les indépendants |
| <input type="radio"/> Assurance responsabilité vie privée | |

 Je souhaite conclure **l'assurance gratuite responsabilité professionnelle**.


Veillez me contacter le ____ - ____ - _____ (date), à _____ (heure).

 Je souhaite un **rendez-vous, sans engagement**, avec mon conseiller régional, pour plus d'informations,

le ____ - ____ - _____ (date), à _____ (heure).

 Veuillez me contacter sans engagement pour **plus d'informations par téléphone**,

le ____ - ____ - _____ (date), à _____ (heure).

Vous pouvez renvoyer ce formulaire via :
 Fax : 02 737 53 29

 L'enveloppe retour

ou AMMA • Avenue de la Renaissance 12/1 • 1000 Bruxelles

Vous pouvez également demander des informations par :
 02 209 02 21

 consult@amma.be