START PLUS

amma
verzekeringen sinds 1944
voor en door de zorgsector

ANTWOORDFORMULIER

☐ Dhr. ☐ Mevr.

Naam: ..... Voornaam: .....

Adres: ..... Nr: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer: .....

RIZIV-nummer (indien van toepassing): .....

Tel.: ..... GSM: .....

E-mail (universiteit/hogeschool): ..... E-mail(privé): .....

Opleiding/specialiteit: .....

Onderwijsinstelling: ..... Promotiedatum (jaar/maand): .....

Statuut: ☐ Zelfstandige ☐ Bediende

☐ Ja, ik wens de **gratis verzekering beroepsaansprakelijkheid*** onderschrijven.

☐ Ja, ik wens de **gratis verzekering beroepsaansprakelijkheid MET de dekking Agressie en andere beroepsrisico's*** onderschrijven.

☐ Ik wens meer informatie te ontvangen over **de andere producten van AMMA**:

- ☐ Verzekering beroepsaansprakelijkheid
- ☐ Verzekering beroepsaansprakelijkheid + dekking Agressie
- ☐ Autoverzekering voor jongeren
- ☐ Verzekering lichamelijke ongevallen
- ☐ Verzekering brand en diefstal (woning of praktijkruimte)
- ☐ Verzekering gewaarborgd inkomen
- ☐ Verzekering BA privé Leven
- ☐ Hospitalisatieverzekering
- ☐ Pakket Sociaal Statuut (RIZIV-gerechtigden)
- ☐ Sociaal Verzekeringsfonds voor zelfstandigen (XERIUS)

Ik wens een **afspraak** met mijn regionaal adviseur, op ..... (datum), om ..... (uur).

Gelieve mij vrijblijvend te contacteren op ..... (datum), om ..... (uur).

☐ Ja, ik wil graag per e-mail alle informatie ontvangen over AMMA Verzekeringen en haar producten, inclusief de nieuwsbrief.

Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden. U kunt uw contactgegevens op verzoek wijzigen of verwijderen via info@amma.be of u kunt zich direct afmelden via een link onderaan al onze elektronische communicatiemiddelen.

Datum: Handtekening:

Bezorg ons dit document terug via:

per e-mail: consult@amma.be

of per post: AMMA Verzekeringen - Kunstlaan 39/1 - 1040 Brussel

Vragen? Bel 02/209 02 01

*Zie voorwaarden in de brochure.