B.A. Beroep – Apothekers
Verzekeringsvoorstel

Gegevens bemiddelaar	
Agentnummer:	
Naam:	

1. Verzekeringnemer

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

Sociëtarisnummer:		
Naam, voornaam:		
Geboortedatum:		
Nationaliteit:		
Rijksregisternummer (Nationaal nummer):		
Ondernemingsnummer:		
Straat, nummer, bus:		
Postcode, woonplaats:		
Geslacht:	☐ vrouw	☐ man
Nr bankrekening:		
GSM:		
E-mail:		

2. Verzekerde (Alleen te vervolledigen indien andere persoon dan de verzekeringnemer).

Sociëtarisnummer:		
Naam, voornaam:		
Geboortedatum:		
Nationaliteit:		
Rijksregisternummer (Nationaal nummer):		
Straat, nummer, bus:		
Postcode, woonplaats:		
Geslacht:	☐ vrouw	☐ man
GSM:		
E-mail:		

3. Aanvangsdatum

Aanvang:		
Jaarlijkse vervaldag:		
Betaling:	☐ jaarlijks	☐ zesmaandelijks
	☐ driemaandelijks	☐ maandelijks (enkel per domiciliëring)
Domiciliëring (bedrag per domiciliëring dient minimum 50€ te bedragen):	☐ ja	☐ neen

4. Beroepsactiviteiten

Welke instellingen hebben uw diploma ('s) afgeleverd?		
Wanneer?		
Welk is hiervan de juiste titel?		
Sedert wanneer oefent u uw beroep uit?		
Heeft u een RIZIV-codenummer?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, welk is uw RIZIV-codenummer?		
Werkt u onder een vorm van groepsverband?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, omschrijf:		
Werd er een afzonderlijke beroepspolis onderschreven voor de activiteiten die u in groepsverband verricht?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, bij welke maatschappij, onder welk nummer?		

5. Verzekeringen en schadegevallen (gegevens vertrouwelijk verwerkt)

Bent (was) u reeds verzekerd?		☐ ja	☐ neen
Zo ja, bij welke maatschappij?		Polisnummer?	
Werd de polis reeds verbroken of opgezegd?		☐ ja	☐ neen
Voor 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	☐ neen
Zo ja, naam van de maatschappij?			
Omschrijf de reden (vertrouwelijk):			

Hebt u reeds schadegevallen gehad waarbij uw beroepsaansprakelijkheid betrokken was?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, wanneer?		
Voor welk schadebedrag (vertrouwelijk)?		
Omstandigheden (vertrouwelijk):		
Heeft u reeds een aangifte voor een eventueel schadegeval ingediend bij een verzekeraar?	☐ ja	☐ neen
Zo 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	☐ neen
Zo ja, omschrijf (vertrouwelijk) :		

Ontving u reeds of verwacht u klachten of vervolgingen gelinkt aan de uitoefening van uw beroep maar niet van (para)medische aard?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, hoeveel?		
Zo ja, omschrijf (vertrouwelijk) :		

6. Apothekers

In welke hoedanigheid oefent u uw beroepsactiviteit uit?		
☐ eigenaar ☐ beheerder ☐ plaatsvervanger	☐ ziekenhuisapotheker ☐ industrieapotheker in:	
Voert u tevens medische analyses uit?	☐ ja	☐ neen
In welk laboratorium?		
In hoeveel apotheken werkt u?		

7. Medewerkers

Wordt u bijgestaan door (door u uitbetaalde) medische/paramedische helpers?	☐ ja	☐ neen
Zo ja, preciseer:		
Wenst u uw aansprakelijkheid voor de door uw helpers veroorzaakte schade te laten verzekeren? Zo niet, moet uw helper zijn eigen aansprakelijkheid verzekeren.	☐ ja	☐ neen

8. Aanvullende waarborgen

Wenst u een aanvullende waarborg af te sluiten voor agressie?		☐ ja	☐ neen
☐ Formule 1	☐ Formule 2	☐ Formule 3	☐ Formule 4
Begunstigde ingeval van overlijden : (indien het andere personen betreft dan deze vermeld in de algemene voorwaarden) Naam, voornaam, adres, rijksregisternummer:			
Begunstigde ingeval van ongeschiktheid: (indien het andere personen betreft dan deze vermeld in de algemene voorwaarden) Naam, voornaam, adres, rijksregisternummer:			

9. Anterioriteit

BELANGRIJK

De AMMA-polis verzekert uw burgerlijke beroepsaansprakelijkheid volgens het stelsel van het "schadeverwekkend feit".

Aldus wordt uw aansprakelijkheid gewaarborgd voor alle activiteiten uitgevoerd tijdens de duur van de polis, zelfs wanneer vorderingen tegen u worden ingediend na het einde van het contract ("posterioriteitsrisico").

Het posterioriteitsrisico wordt door ons verzekerd overeenkomstig de wettelijke verjaringstermijn van de aansprakelijkheidsvordering.

Schade ingevolge activiteiten uitgevoerd vóór de aanvang van het contract, d.w.z. anterioriteit, wordt niet automatisch verzekerd.

Informeer u, indien nodig, bij uw eventuele vorige verzekeraar(s) teneinde mogelijke dekkingshiaten te voorkomen.

Dient het anterioriteitsrisico verzekerd te worden? (mits bijpremie)	☐ ja	☐ neen
Zo ja, gedurende hoeveel jaren:		

10. 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.

11. Belangrijke mededelingen

11.1. 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 herverzekeringspartners, 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.

11.2. 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.

11.3. Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar tot de statuten van de 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

Handtekening verzekeringnemer. Handtekening verzekerde.

In het kader van de MiFID-regelgeving vragen wij u uw akkoord te geven voor ontvangst van elektronische documenten.

☐ Ja, ik verklaar de betalingsaanvragen te willen ontvangen via e-mail.

E-mail:			
Plaats:		Datum:	

Handtekening

Document terugsturen naar het volgende adres:

AMMA VERZEKERINGEN
KUNSTLAAN 39 BUS 1, 1040 BRUSSEL

Of per e-mail naar
info@amma.be

* * *

AMMA VERZEKERINGEN o.v.
Algemene Mutualiteit voor Medische Assuranties
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

Website: www.amma.be

* * *