



HOSPITALISATIEVERZEKERING VOOR DE IAB-LEDEN - TOETREDINGSFORMULIER -

INGEVULD EN ONDERTEKEND TERUG TE BEZORGEN AAN WILLEMOT NV via IAB@willemot.be.
Meer info via www.IABWillemot1841.be of 09 265 08 25.

Nieuwe aanvraag **Aansluiting gezinsleden** **Veranderingen**

VERZEKERDE

Dhr. Mevr. Mjfr

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: __/__/____ Geboorteplaats: _____

Adres: _____ Nr: _____ Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

E-mail: _____

Telefoon: _____ GSM: _____

Statuut: Extern IAB-lid Intern IAB-lid Stagiair Kantoorpersoneel

Jaarlijkse betalingsaanvraag naar de verzekerde opsturen: Ja Neen

TOETREDER

Idem als verzekerde

Andere, namelijk:

Naam en voornaam of Naam van uw kantoor: _____

Beroepsadres: _____ Nr: _____ Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

E-mail: _____

Telefoon: _____ GSM: _____

Jaarlijkse betalingsaanvraag opsturen naar: Verzekerde Toetrededer

GEZINSLEDEN (Enkel in te vullen indien u ALLE gezinsleden wenst aan te sluiten)

Echtgeno(o)t(e) **Wettelijk samenwonende** die verklaart op hetzelfde adres te wonen als de verzekerde

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: __/__/____ Geboorteplaats: _____ Geslacht: M V

Kinderen (gedomicilieerd onder hetzelfde dak of onder het dak van de gescheiden echtgeno(o)t(e))

Naam	Voornaam	Geboortedatum	Geslacht
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

Jaarlijkse betalingsaanvraag opsturen naar: Verzekerde Toetrededer

Ik ga ermee akkoord Willemot onmiddellijk op de hoogte te stellen van wijzigingen in de samenstelling van het gezin door het opsturen van een aansluitingsformulier



AANSLUITINGSDATUM

Aansluitingsdatum van verzekerde: 01/09/2019

COMMUNICATIE

Ik akkoord met emailcommunicatie betreffende mijn verzekeringspolis Ja Neen

De toetreders: *(handtekening)*

Opgemaakt te _____ op __/__/____

De gegevens die worden medegedeeld kunnen door ons worden verwerkt met het oog op klantenservice, plaatsing van risico's, beheer van contracten en schadegevallen. De wet geeft aan de betrokken personen een toegangs- en wijzigingsrecht. Bijkomende inlichtingen kunnen worden bekomen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Elke inlichting die wij u vragen via dit formulier is noodzakelijk voor uw toetreding tot de polis onderschreven door het IAB. De gegevens van private aard zullen enkel verwerkt worden met het oog op verzekering en bemiddeling in verzekering. Dit omvat de mededeling van deze gegevens aan de verzekeraar of andere dienstverleners (zoals vb deskundigen na schadegeval) voor de plaatsing en administratief beheer van uw toetreding. De toetreders die de toetredingsaanvraag invult heeft kennis genomen van deze tekst met betrekking tot de privacy en stemt ermee in dat deze gegevens van persoonlijke aard mogen verwerkt worden overeenkomstig de beoogde objectieven.

Dit formulier zal behandeld worden door de NV Willemot, Verzekeringsmakelaar, ingeschreven in het register van de verzekeringstussenpersonen onder het nummer 010361 A. Dit register wordt bijgehouden door de FSMA te 1000 Brussel, Congresstraat 12-14 en is terug te vinden op www.fsma.be.

U kan steeds bij de NV Willemot terecht voor uw vragen en problemen. Mocht u een klacht over onze dienstverlening hebben die wij niet in onderling overleg kunnen oplossen, kan u steeds terecht bij de Ombudsdienst Verzekeringen te 1000 Brussel, de MeeÛsquare 35, tel. 02/547.58.71 – fax. 02/547.59.75 – info@ombudsman.as – www.ombudsman.as.