

verzekeringsvoorstel /  
**BA verpleegkunde -  
kinesithérapie - paramedische  
beroepen**



**verzekering van  
de burgerrechtelijke  
beroepsaansprakelijk-  
heid verpleegkunde -  
kinesithérapie - para-  
medische beroepen**

verzekeringen /  
**anders bekeken**



# verzekeringsvoorstel

verzekering van de burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid verpleegkunde - kinesitherapie - paramedische beroepen

Dienstcode D07/448 – FAX : 02/622.81.85 – E-Mail : [professionalliability.production@axa.be](mailto:professionalliability.production@axa.be)

## 1. Verzekeringstussenpersoon

Naam van het kantoor : _____	Rechtsvorm : _____
Straat : _____	Nr. : _____ Bus : _____
Postcode : _____	Plaats : _____
Telefoon : _____	Rek.nr. Mij : _____
E-mail : _____	Kenmerken : _____

## 2. Verzekeringnemer

### Natuurlijk persoon

Naam, voornaam : _____		
Geboortedatum : _____	Nationaliteit : _____	Geslacht : V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Straat : _____	Nr. : _____	Bus : _____
Postcode : _____	Plaats : _____	
Telefoon : _____	E-mail : _____	

### Rechtspersoon

Naam : _____	Rechtsvorm : _____
Hoofdkantoor : straat : _____	Nr. : _____ Bus : _____
Postcode : _____	Plaats : _____
Telefoon : _____	E-mail : _____
Ondernemingsnr. : _____	
Oprichtingsdatum van de maatschappij : _____	
Maatschappelijk kapitaal : _____ EUR	Vrijgegeven percentage : _____
Sluitingsdatum van het maatschappelijk boekjaar : _____	
Omzet van de laatste 3 boekjaren : _____ EUR / _____ EUR / _____ EUR	
Bestuurders (of beheerders) :	

<i>naam en voornaam</i>	<i>geboortedatum</i>	<i>nationaliteit</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# verzekeringsvoorstel

verzekering van de burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid verpleegkunde - kinesitherapie - paramedische beroepen

## 3. Te verzekeren personen

indien de verzekeringnemer een vereniging of een maatschappij is, moet elke actieve vennoot individueel antwoorden

### Identiteit

Naam, voornaam : \_\_\_\_\_

### Diploma's

Land - instelling van uitreiking	datum van uitreiking
_____	_____
_____	_____
_____	_____

als het gaat om brevetten of certificaten, gelieve een kopie bij te voegen.

### Antecedenten

1. Bent u \*al verzekerd geweest in burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid ? ja  nee

- Zo ja : - bij welke maatschappij ? \_\_\_\_\_  
- polis nr. : \_\_\_\_\_ (gelieve een kopie van het contract bij te voegen)  
- voor welke bedragen ? \_\_\_\_\_  
- als de polis al afgelopen is : - op welke datum ? \_\_\_\_\_  
- om welke reden ? \_\_\_\_\_  
- moet het contract voorzien in een anterioriteitsdekking ? \_\_\_\_\_

2. Werd u \* in de loop van de laatste 10 jaren al terecht of ten onrechte aansprakelijk gesteld ? ja  nee

- Zo ja : - hoeveel keer ? \_\_\_\_\_  
- op welke data ? \_\_\_\_\_  
- in welke omstandigheden ? \_\_\_\_\_  
- voor welke bedragen ? - eis ? \_\_\_\_\_  
- reserves ? \_\_\_\_\_  
- uitgaven ? \_\_\_\_\_  
- betrokken maatschappij(en) ? \_\_\_\_\_

3. Hebt u kennis van elementen of omstandigheden die de beoordeling van het risico doorde verzekeraar kunnen beïnvloeden (tijdelijke stopzetting van de activiteiten, uitoefening van nieuwe activiteiten, tuchtmaatregelen en/of strafrechtelijke veroordelingen verbonden aan uw beroepsbezigheid, andere,...) ja  nee

- Zo ja : - welke ? \_\_\_\_\_  
- op welke data ? \_\_\_\_\_  
- in welke omstandigheden ? \_\_\_\_\_

### Assistenten

Stelt u \* assistenten tewerk ? ja  nee

- Zo ja : - Hoeveel ? \_\_\_\_\_  
- Zijn ze bezoldigd ? ja  door wie ? \_\_\_\_\_  
neer   
- wat is hun functie ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* u of uw maatschappij

# verzekeringsvoorstel

verzekering van de burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid verpleegkunde - kinesitherapie - paramedische beroepen

## 4. Activiteiten

### Kinesitherapie

1. Codenummer RIZIV : \_\_\_\_\_

2. Heeft u een privé-cliënteel ? ja  nee

3. Werkt u in (een) instelling(en) ? ja  nee

Zo ja :

	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 3
naam	_____	_____	_____
postcode - plaats	_____	_____	_____
type	_____	_____	_____
statuut	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>

4. Beoefent u osteopathie ? ja  nee

Zo ja : - bent u lid van de BVO ? ja  nee

nummer van erkenning : \_\_\_\_\_ datum van erkenning : \_\_\_\_\_

- bent u lid van het ROB ? ja  nee

nummer van erkenning : \_\_\_\_\_ datum van erkenning : \_\_\_\_\_

(BVO = Belgische vereniging van osteopathie / ROB = register van osteopaten in België)

5. Beoefent u andere therapieën ? ja  nee

Zo ja : - welke ? \_\_\_\_\_

- wat is uw opleiding ? \_\_\_\_\_

6. Houdt u zich bezig met beroepssporters ? ja  nee

Zo ja, wat zijn uw prestaties ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Beoefent u bijkomende activiteiten ? ja  nee

(bijvoorbeeld turnleraar, zwemleraar,.....)

Zo ja : - welke ? \_\_\_\_\_

- wie organiseert ze ? \_\_\_\_\_

- beoefent u ze als zelfstandige ? ja  nee

8. Maakt u gebruik van een zonnebank ? ja  nee

### Verpleegkunde

1. verpleger (verpleegster)       gegradueerd verpleger (verpleegster)   
ziekenverpleger(zieken-verpleegster)       verloskundige

2. Werkt u als zelfstandige ? ja  nee

Zo ja, wat is uw codenummer RIZIV ? \_\_\_\_\_

# verzekeringsvoorstel

verzekering van de burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid verpleegkunde - kinesithérapie - paramedische beroepen

3. Werkt u in een instelling? ja  nee

Zo ja :

	Instelling 1	Instelling 2	Instelling 3
naam	_____	_____	_____
postcode - plaats	_____	_____	_____
type	_____	_____	_____
statuut	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>	bediende <input type="checkbox"/> zelfstandige <input type="checkbox"/>
als diensthoofd	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>

### Paramedische beroepen

- 1. sociaal assistent(e)
- audiologiste
- diëtiste
- ergotherapeute
- schoonheidsspecialiste
- logopedist
- manicure
- opticien
- pedicure
- podoloog
- psycholoog
- kinderverzorgster
- andere \_\_\_\_\_

2. Werkt u : - als zelfstandige ? ja  nee   
- in een instelling ? ja  nee

3. Maakt u gebruik van : - zonnebanken ? ja  nee   
- een sauna ja  nee

4. Schoonheidsspecialiste : bent u houder van het attest voor toetreding tot het beroep in overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 14 januari 1993 ? ja  nee

5. Opticien : beoefent u de subjectieve optometrie ? ja  nee

6. Kinderverzorgster : werkt u - in een crèche ? ja  nee   
- in een ziekenhuis of soortgelijk milieu ? ja  nee   
- in een school ? \* ja  nee

\* zo ja, om welk type onderwijs gaat het ? \_\_\_\_\_

## 5. Eventuele opmerkingen

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# verzekeringsvoorstel

verzekering van de burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid verpleegkunde - kinesitherapie - paramedische beroepen

## 6. Verduidelijkingen

- a) Dit verzekeringsvoorstel is uitsluitend bedoeld om de maatschappij in te lichten over de kenmerken van het te dekken risico en bindt de voorsteller noch de maatschappij om het contract te sluiten; bijgevolg geeft de ondertekening van het voorstel geen aanleiding tot dekking.
- b) De maatschappij is echter verplicht, op straffe van schadevergoeding, om het contract te sluiten indien ze, binnen 30 dagen na ontvangst van het voorstel, aan de voorsteller geen verzekeringsaanbod heeft betekend, noch de verzekering heeft onderworpen aan een aanvraag tot onderzoek, noch geweigerd heeft te verzekeren.
- c) De voorsteller verklaart dat de mededelingen in dit voorstel en de eventuele bijlagen die moeten dienen als basis voor het verzekeringscontract, oprecht en correct zijn in alle details, zelfs al zijn ze niet door hem geschreven.
- d) De meegedeelde gegevens mogen door de verzekeringsmaatschappij worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringsdommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van onze Groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan.  
De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.  
Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld.  
De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verweking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.
- Dit vakje dient te worden aangekruist, indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over direct marketing-acties van de voornoemde ondernemingen.
- Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.  
De verzekeringsmaatschappij zal, uitsluitend in het kader van de beoordeling van de risico's en het beheer van de contracten en de desbetreffende schadegevallen, in voorkomend geval, aan GIE Datassur relevante persoonsgegevens mogen meedelen.  
Iedereen heeft het recht op mededeling en, in voorkomend geval, verbetering van de gegevens die op hem betrekking hebben, bij Datassur door een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een kopie van zijn identiteitskaart naar het volgende adres : Datassur, de Meeûsplantsoen 29 te 1000 Brussel.
- e) Aanvangsdatum van het contract te bepalen : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_

De voorsteller,

**(02) 678 61 11**  
**www.axa.be**

4800799 - 01.2011