

BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERING MEDISCHE BEROEPEN

VRAGENLIJST

| | |
|---|------------------------------|
| 1/ Naam, voornaam | |
| 2/ Adres | |
| 3/ Geboortedatum: | |
| 4/ Datum van het behalen van het diploma : Universiteit : | |
| 5/ Specialisatie Datum van het behalen van het diploma : Universiteit : | |
| 6/ Beoefende specialiteit : RIZIV-codenummer : | |
| 7/ Plaats waar de voornaamste activiteit beoefend wordt : Begindatum van de activiteit : | |
| 8/ Beoefende handelingen : | N maximale : K maximale : |
| 9/ Gebruiken van invasieve procedures : | |
| 10/ Beoefenen van : <ul style="list-style-type: none"> - De chirurgie: - De heelkundige laparoscopie - Hartcatheterisatie - Chirurgische ingrepen met esthetisch karakter : | |
| | |

| | |
|---|--|
| 11/ Huidige verzekeringsmaatschappij : Contractnummer : Vervaldag : | |
| 12/ Schadegevallen van de 10 laatste jaren : (Voor elk schadegeval, gelieve de datum, de omstandigheden en de gevolgen te melden in afzonderlijk document) | |
| 13/ Heeft u kennis van daden, omstandigheden of feiten die aanleiding kunnen geven tot een vordering tot schadevergoeding? Indien ja, specificeer hieronder. | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> |
| | |

Gedaan te, op

Handtekening