



# VERZEKERINGSVOORSTEL CYBER RISK

## voor de leden van het ITAA

INGEVULD EN ONDERTEKEND TERUG TE BEZORGEN AAN WILLEMOT NV via [ITAA@willemot.be](mailto:ITAA@willemot.be).  
Meer info via [www.ITAAWillemot1841.be](http://www.ITAAWillemot1841.be) of 09 265 08 14.

### VERZEKERINGSNEMER

<input type="checkbox"/> <b>Natuurlijke persoon</b>	ITAA nummer: _____
Naam: _____	Voornaam: _____
Geboortedatum: ____/____/____	Geboorteplaats: _____
<small>(*) Indien de verzekeringnemer een natuurlijke persoon is, wordt de dekking enkel verworven voor zijn beroepsactiviteiten.</small>	
<input type="checkbox"/> <b>Rechtspersoon</b>	ITAA nummer: _____
Maatschappelijke benaming: _____	Rechtsvorm: _____
Ondernemingsnummer: _____	Oprichtingsdatum: ____/____/____

Straat: _____	Nr: _____	Bus: _____
Postcode: _____	Gemeente: _____	
E-mail: _____		
Telefoon: _____	GSM: _____	

### ACCEPTATIECRITERIA

<b>DE VERZEKERINGSNEMER VERKLAART DAT HIJ<sup>(*)</sup>:</b>	<b>JA</b>	<b>NEE</b>
<b>De collectieve polis BA beroep van het ITAA heeft onderschreven (polisnr: _____)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een veiligheidssoftware en controles (zoals antivirus) heeft op zijn IT-systemen en hardware;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een systeem van toegangscontrole toepast voor zijn bedienden en andere personen die toegang hebben tot gevoelige data;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- back-up en recovery procedures heeft, van toepassing voor de systemen, data en informatie die nodig zijn voor de werking van mijn kantoor;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maximum 15% van zijn omzet haalt uit activiteiten in de Verenigde Staten/ Canada;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geen kennis heeft van omstandigheden die tot een vordering of een administratief onderzoek (Privacy commissie) kunnen leiden ten gevolge van het verlies of vrijgeven van vertrouwelijke informatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) Indien uw antwoord "NEE" is op één van bovenvermelde verklaringen dient uw aanvraag voorgelegd te worden aan de verzekeraar..

### GEWENSTE FORMULE

Opties	Verzekerde bedragen <sup>(1)</sup>	Vrijstelling per schadegeval	Jaarpremie per beroepsbeoefenaar <sup>(2)</sup>		
			1 tot 5	6 tot 20	21 tot 50
Optie 1	€ 100.000	€ 625	€ 150	€ 25	€ 15
Optie 2	€ 250.000	€ 1.250	€ 225	€ 35	€ 22
Optie 3	€ 500.000	€ 1.250	€ 375	€ 60	€ 37
Optie 4	€ 1.000.000	Op aanvraag	Op aanvraag		

(1) Per jaar voor alle schadegevallen

(2) forfaitaire degressieve netto jaarpremie wordt toegepast per beroepsbeoefenaar en is afhankelijk van het totaal aantal beroepsbeoefenaars en de gekozen optie



• **AANTAL BEROEPSBEOEFENAARS**

Onder **beroepsbeoefenaar** wordt begrepen: elke interne/ externe (gecertificeerd) (fiscaal) accountant/ belastingadviseur, fysieke persoon, die zijn activiteiten uitoefent bij, of als vennoot of anderszins verbonden is aan, de verzekeringnemer of zijn dochteronderneming(en), alsook elke stagiair buiten arbeidsovereenkomst en buiten de exclusieve medewerking met een stagemester.

**Totaal aantal beroepsbeoefenaars op 01/01 die hun activiteit uitoefenen bij de verzekeringnemer en, indien van toepassing, bij de dochteronderneming(en):** \_\_\_\_\_

**Kruis de gewenste optie aan:**

		1 tot 5 (A)	6 tot 20 (B)	21 tot 50 (C)	Totale premie (excl. taksen 9,25%)
<input type="checkbox"/>	<b>Optie 1</b>	_____ x € 150 = _____	_____ x € 25 = _____	_____ x € 15 = _____	€ _____ (A+B+C)
<input type="checkbox"/>	<b>Optie 2</b>	_____ x € 225 = _____	_____ x € 35 = _____	_____ x € 22 = _____	€ _____ (A+B+C)
<input type="checkbox"/>	<b>Optie 3</b>	_____ x € 375 = _____	_____ x € 60 = _____	_____ x € 37 = _____	€ _____ (A+B+C)
<input type="checkbox"/>	<b>Optie 4</b>	Op aanvraag			

Ik bevestig hierbij Willemot 1841 onmiddellijk op de hoogte te stellen indien in de loop van het verzekeringsjaar het aantal beroepsbeoefenaars met meer dan 50% toeneemt en begrijp dat desgevallend een regularisatie van de premie zal doorgevoerd worden.

• **HOTLINE**

Ik wens de service van de **hotline – crisis bijstand** te genieten en betaal daarom minimaal de jaarlijkse netto premie van € 500.

**GEWENSTE AANVANGSDATUM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ten vroegste op de datum van afgifte van onderhavig formulier aan Willemot)

Ik ga akkoord dat zo veel als mogelijk gecommuniceerd wordt via elektronische weg op het hierboven ingevuld emailadres en om de wettelijke, pre- en contractuele informatie, indien het kan, niet op papier maar elektronisch te ontvangen of op de website te consulteren.

De algemene voorwaarden van de polis Cyber Risk zijn beschikbaar op [www.ITAAWillemot1841.be](http://www.ITAAWillemot1841.be)

De verklaringen in onderhavig voorstel zijn strikt vertrouwelijk, zij zullen dienen tot basis voor het verzekeringscontract. Ik verklaar dat zij in alle details oprecht en naar waarheid werden afgelegd, zelfs indien zij niet door mij handgeschreven zijn. Ik bevestig dat alle gegevens waarheidsgetrouw zijn opgegeven, zelf indien zij niet door mij handgeschreven zijn.

Ons kantoor verwerkt uw persoonsgegevens voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van deze collectieve overeenkomst, afgesloten door het instituut voor haar leden, inclusief schadegevallen. Daarbij worden deze gegevens ook overgemaakt aan de betrokken verzekeringsmaatschappij(en). Uw persoonsgegevens worden door ons kantoor niet langer verwerkt en bewaard dan noodzakelijk is. Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u terugvinden in onze privacy verklaring die u op onze website kan vinden. U heeft te allen tijde het recht op toegang tot en verbetering van de persoonsgegevens die op u betrekking hebben. Bijkomende inlichtingen over gegevensverwerking en -bescherming kan u verkrijgen bij de Gegevens-beschermingsautoriteit te 1000 Brussel, Drukpersstraat 35.

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 Meeûssquare 35, tel. 02/547.58.71 – fax. 02/547.59.75 – [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) – [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Handtekening verzekeringnemer:**  
(Voorafgegaan met de melding 'gelezen en goedgekeurd')