

TOETREDINGSFORMULIER HOSPITALISATIE

voor de leden van het ITAA

INGEVULD EN ONDERTEKEND TERUG TE BEZORGEN AAN WILLEMOT NV via itaa@willemot.be.
Meer info via www.ITAAWillemot1841.be of 09 265 08 14.

☐ Nieuwe aanvraag ☐ Aansluiting gezinsleden ☐ Veranderingen

TOETREDER

Naam en voornaam of Naam van uw kantoor: _____
Beroepsadres: _____ Nr: _____ Bus: _____
Postcode: _____ Gemeente: _____
E-mail: _____
Telefoon: _____ GSM: _____

VERZEKERDE

☐ Dhr. ☐ Mevr. ☐ Mej.
Naam: _____ Voornaam: _____
Geboortedatum: ____/____/____ Geboorteplaats: _____
Adres: _____ Nr: _____ Bus: _____
Postcode: _____ Gemeente: _____
E-mail: _____
Telefoon: _____ GSM: _____
Statuut: ☐ Extern ITAA-lid ☐ Intern ITAA-lid ☐ Stagiair ITAA ☐ Kantoorpersoneel
Jaarlijkse betalingsaanvraag opsturen naar: ☐ verzekerde ☐ toetreders

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

☐ **Echtgeno(o)t(e)** ☐ **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 partner)

Naam	Voornaam	Geboortedatum	Geslacht
_____	_____	____/____/____	☐ M ☐ V
_____	_____	____/____/____	☐ M ☐ V
_____	_____	____/____/____	☐ M ☐ V
_____	_____	____/____/____	☐ M ☐ V
_____	_____	____/____/____	☐ M ☐ V

Jaarlijkse betalingsaanvraag opsturen naar: ☐ Verzekerde ☐ Toetreders

☒ 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

GEWENSTE AANVANGSDATUM: ____/____/____

- ☐ 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 zijn te consulteren op de website 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.

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 – www.ombudsman.as.

Opgemaakt te _____ op: ____/____/____

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