

## ■ **Verzekeringsvoorstel - Medische vragenlijst**

*AG Care*

**Gegevens producent**

**Exemplaar maatschappij**

Betreft het  een nieuwe zaak?  een bestaand contract? Contractnr.: .....  
 Producent / rekeningnr.: ..... FSMA-nr.: ..... Benaming: .....  
 Ref. producent: ..... Tel.: ..... Fax: .....  
 Adres: .....

Bestemming stukken:  Producent  Verzekeringnemer Betreft dit een verkoop op afstand?  Neen  Ja

**1 Identiteit**

**Verzekeringnemer**  Dhr.  Mw.  Mej.  Dhr. en Mw.  
 Naam of rechtsvorm: ..... Voornaam of maatschappelijke benaming: .....  
 Straat: ..... Nr.: ..... Bus: .....  
 Postcode: ..... Plaats: ..... Geboortedatum: ..... Taal: .....  
 Tel: ..... Fax: ..... BTW-nr.: .....  
 E-mailadres\*: .....

\*Door uw e-mailadres op te geven, aanvaardt u via elektronische weg met AG Insurance te communiceren.

**Te verzekeren personen\* (de verzekeringnemer inbegrepen, als hij verzekerde is)**

\* Indien er meer dan 4 verzekerden zijn, gelieve een nieuw document te gebruiken.

	1	2	3	4
Naam	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□
Adres	.....	.....	.....	.....
(indien verschillend van de verzekeringnemer)	.....	.....	.....	.....
Beroep (exacte benaming)	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met verzekeringnemer	.....	.....	.....	.....
Aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
Is/was de verzekerde elders verzekerd? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
Indien ja, waar en tot wanneer?	.....	.....	.....	.....

**2 Gekozen waarborgen**

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding): ..... / ..... / .....  
 Gewenste jaarvervaldag: ..... / ..... / .....

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten)  JA  NEEN
- Medi-Assistance (derdebetalersregeling)  JA  NEEN
- **DELTA**  JA  NEEN
- Ziekenhuissegmentatie (raadpleeg het document 'Overzicht algemene ziekenhuizen'):
  - AG Care met ziekenhuissegmentatie (50 % persoonlijk aandeel bij opname in eenpersoonskamer van een 'duurder' ziekenhuis)
  - Universitaire optie (onbeperkte terugbetaling in alle universitaire ziekenhuizen)
  - Optie SL (onbeperkte terugbetaling in elk Belgisch ziekenhuis)
- AG Care Vision (aanvulling op hospitalisatieverzekering via uw werkgever)  JA  NEEN

Welke vrijstelling (**bedragen aan index 100**)?  0 EUR  74,37 EUR  123,95 EUR  247,89 EUR  andere: .....

**3 Betalingswijze**

Jaarlijks  Halfjaarlijks  Driemaandelijks  Maandelijks  
 Betaling verricht  via de makelaar  aan AG Insurance door overschrijving  
 aan AG Insurance door SEPA-domiciliëring (**gelieve het formulier 'Mandaat SEPA Europese domiciliëring' in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Insurance**)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door AG Insurance verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving met het oog op de doeleinden bepaald in de algemene voorwaarden. U heeft het recht deze gegevens in te kijken en indien nodig te verbeteren. Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de **belangrijke informatie** op de keerzijde van dit document.  
 Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen:

Datum .....

Handtekening

**Gegevens producent**

**Exemplaar cliënt**

Betreft het  een nieuwe zaak?  een bestaand contract? Contractnr.: .....  
 Producent / rekeningnr.: ..... FSMA-nr.: ..... Benaming: .....  
 Ref. producent: ..... Tel.: ..... Fax: .....  
 Adres: .....

Bestemming stukken:  Producent  Verzekeringnemer Betreft dit een verkoop op afstand?  Neen  Ja

**1 Identiteit**

**Verzekeringnemer**  Dhr.  Mw.  Mej.  Dhr. en Mw.  
 Naam of rechtsvorm: ..... Voornaam of maatschappelijke benaming: .....  
 Straat: ..... Nr.: ..... Bus: .....  
 Postcode: ..... Plaats: ..... Geboortedatum: ..... Taal: .....  
 Tel: ..... Fax: ..... BTW-nr.: .....  
 E-mailadres\*: .....

\*Door uw e-mailadres op te geven, aanvaardt u via elektronische weg met AG Insurance te communiceren.

**Te verzekeren personen\* (de verzekeringnemer inbegrepen, als hij verzekerde is)**

\* Indien er meer dan 4 verzekerden zijn, gelieve een nieuw document te gebruiken.

	1	2	3	4
Naam	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....
Geslacht	.....	.....	.....	.....
Geboortedatum	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□	□□□/□□□/□□□
Adres	.....	.....	.....	.....
(indien verschillend van de verzekeringnemer)	.....	.....	.....	.....
Beroep (exacte benaming)	.....	.....	.....	.....
Verwantschapsgraad met verzekeringnemer	.....	.....	.....	.....
Aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
Is/was de verzekerde elders verzekerd? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
Indien ja, waar en tot wanneer?	.....	.....	.....	.....

**2 Gekozen waarborgen**

Gewenste ingangsdatum (onder voorbehoud van medische aanvaarding): ..... / ..... / .....  
 Gewenste jaarvervaldag: ..... / ..... / .....

- Hospitalisatie (inclusief Pre & Post en Zware Ziekten)  JA  NEEN
- Medi-Assistance (derdebetalersregeling)  JA  NEEN
- **DELTA**  JA  NEEN
- Ziekenhuissegmentatie (raadpleeg het document 'Overzicht algemene ziekenhuizen'):
  - AG Care met ziekenhuissegmentatie (50 % persoonlijk aandeel bij opname in eenpersoonskamer van een 'duurder' ziekenhuis)
  - Universitaire optie (onbeperkte terugbetaling in alle universitaire ziekenhuizen)
  - Optie SL (onbeperkte terugbetaling in elk Belgisch ziekenhuis)
- AG Care Vision (aanvulling op hospitalisatieverzekering via uw werkgever)  JA  NEEN

Welke vrijstelling (**bedragen aan index 100**)?  0 EUR  74,37 EUR  123,95 EUR  247,89 EUR  andere: .....

**3 Betalingswijze**

Jaarlijks  Halfjaarlijks  Driemaandelijks  Maandelijks  
 Betaling verricht  via de makelaar  aan AG Insurance door overschrijving  
 aan AG Insurance door SEPA-domiciliëring (**gelieve het formulier 'Mandaat SEPA Europese domiciliëring' in te vullen en samen met dit voorstel over te maken aan AG Insurance**)

De bovenvermelde persoonsgegevens worden door AG Insurance verwerkt conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving met het oog op de doeleinden bepaald in de algemene voorwaarden. U heeft het recht deze gegevens in te kijken en indien nodig te verbeteren. Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden AG Care Hospitalisatie en van de **belangrijke informatie** op de keerzijde van dit document.  
 Wanneer u zich verzet tegen elke vorm van direct marketing, gelieve dit vakje aan te kruisen:

Datum .....

Handtekening

Dit voorstel moet tot grondslag dienen voor het toekomstig verzekeringscontract. Het bindt de partijen niet vóór de ondertekening ervan. De ondertekening van het voorstel brengt geen dekking mee. Indien binnen 30 dagen na ontvangst van dit voorstel, behoorlijk ingevuld en ondertekend, AG Insurance u geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbinden wij ons tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. De ontvangstdatum van dit voorstel wordt bewezen door ons systematisch datumstempelen.

Ons beleid inzake belangenconflicten kan u raadplegen bij uw makelaar of op onze website [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Elke communicatie tussen uzelf en AG Insurance kan gebeuren in één van de landstalen, ongeacht de taal waarin uw verzekeringscontract is opgesteld.

**Voorafgaandelijke belangrijke mededeling met betrekking tot de medische vragenlijst**

Deze vragenlijst is persoonlijk en vertrouwelijk. Elke kandidaat-verzekerde dient deze vragenlijst zelf in te vullen en te ondertekenen, en rechtstreeks te richten aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer. Om administratieve redenen werd de medische vragenlijst aan het verzekeringsvoorstel gehecht en kunnen op hetzelfde document de gegevens van de te verzekeren gezinsleden ingevuld worden. De medische vragenlijst kan echter losgemaakt worden zodat de kandidaat-verzekerde, indien hij dit wenst, dit document volledig zelf kan invullen en rechtstreeks kan richten aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer. Elke kandidaat-verzekerde kan uiteraard, indien hij dat wenst, een nieuw document gebruiken om de medische vragenlijst hieronder te beantwoorden.



# Medische vragenlijst

AG Care

Naam / nr. producent: .....

Naam verzekeringnemer: .....

Het onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van ziektes of aandoeningen waarvan de symptomen zich reeds gemanifesteerd hebben bij het afsluiten van deze verzekering kan voor u belangrijke gevolgen hebben. AG Insurance kan zijn tussenkomst beperken, de verzekering wijzigen of in sommige gevallen zelfs opzeggen indien de ziekte wordt gediagnosticeerd binnen een termijn van twee jaar vanaf de aanvang van de verzekering. Het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens geeft daarentegen aanleiding tot de nietigheid van de overeenkomst en volledige weigering van een schadegeval (art. 6 Wet op de landverzekeringsovereenkomst). **Elke onvolledige inlichting leidt tot vertraging in de aanvaarding van uw aanvraag.**

	1	2	3	4
Naam	.....	.....	.....	.....
Voornaam	.....	.....	.....	.....

## 1 Metingen en gewoonten

Te verzekeren personen (de verzekeringnemer inbegrepen, als hij verzekerde is)

	1	2	3	4
Huidig gewicht	.....kg	.....kg	.....kg	..... kg
Gewichtsverschil sedert 5 jaar?	+ ..... kg / - ..... kg	+ ..... kg / - ..... kg	+ .....kg / - ..... kg	+ ..... kg / - ..... kg
	Reden: .....	Reden: .....	Reden: .....	Reden: .....
Lengte	..... m.....cm	..... m.....cm	..... m.....cm	.....m ..... cm
Dagelijks verbruik van:				
- alcoholhoudende dranken (wijn, bier, ...)	.....glazen	.....glazen	..... glazen	..... glazen
- tabak (aantal sigaretten, sigaren, pijpen)	.....	.....	.....	.....
Bloeddruk (max/min)	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Beoefende sport(en)?				
- als liefhebber	.....	.....	.....	.....
- professioneel	.....	.....	.....	.....
- in competitieverband	.....	.....	.....	.....

## 2 Medische historiek

Lijdt of heeft één van de te verzekeren personen aan één van de volgende aandoeningen of symptomen geleden?

Als het antwoord 'Ja' is, gelieve het nummer van de betrokken persoon aan te duiden in de rechter kolom.

Nr. betrokken persoon

- A. Parasitaire ziekten** (o.a. tuberculose, malaria, hiv-infectie, aids)?  NEEN  JA .....
- B. Ziekten van het endocrien stelsel of de stofwisseling** (o.a. suikerziekte, verhoogd cholesterolgehalte, jicht, schildklier-aandoening (krop))?  NEEN  JA .....
- C. Bloedziekten** (o.a. anemie, leukemie, bloedstollingsstoornissen, gezwollen klieren)?  NEEN  JA .....
- D. Psychiatrische stoornissen** (o.a. zenuwzinking, zelfmoordpoging, neurose, psychose, persoonlijkheids- of gedragsstoornissen)?  NEEN  JA .....
- E. Ziekten van het zenuwstelsel of de spieren** (o.a. duizeligheid, bezwijming, bevingen, verlamming, cerebraal-vasculaire stoornissen, epilepsie, multiple sclerose, ischias, fibromyalgie, chronische vermoeidheid)?  NEEN  JA .....
- F. Ziekten van de ogen, de oren, de neus of de keel** (o.a. doofheid, heesheid, gezichtsstoornissen, myopie vanaf 8 dioptries, cataract, chronische sinusitis)?  NEEN  JA .....
- G. Ziekten van het ademhalingsstelsel** (o.a. chronische bronchitis, astma, emfyseem, slaapapneu, tuberculose)?  NEEN  JA .....
- H. Ziekten van het hart of de bloedsomloop** (o.a. misvorming, geruis van het hart, arteritis, flebitis, spataders, hoge bloeddruk, coronaire ziekte, myocardinfarct, ritmestoornissen)?  NEEN  JA .....

- I. **Ziekten van de spijsverteringsorganen of het abdomen** (o.a. gastro-intestinale bloeding, stoornissen van de slokdarm, de maag, de ingewanden, de dikke darm en het rectum, aandoeningen van de lever (geelzucht, cirrose), van de galblaas of de pancreas, maagbreuk)?  NEEN  JA .....
- J. **Huidziekten** (o.a. psoriasis, cyste, eczeem, melanoom)?  NEEN  JA .....
- K. **Ziekten van het urogenitaal stelsel** (o.a. aandoeningen van de nieren, de urinewegen (nierkolieken, cystitis, incontinentie), de geslachtsorganen, de prostaat)?  NEEN  JA .....
- L. **Beender- of gewrichtsziekten** (o.a. rugpijn, lumbago, scoliose, discus hernia, arthrose, rheuma, artritis, beenmergontsteking, osteoporose, meniscusletsel)?  NEEN  JA .....
- M. **Mond-, tand- en kaakaandoeningen** (o.a. tandprothesen, tandvleesontsteking, kaakbeenmisvorming, ongelijke of onvolkomen beet, dentofaciale afwijkingen)?  NEEN  JA .....
- N. **Zijn er andere aandoeningen (lichamelijk of psychisch), handicaps of klachten dan deze hierboven vermeld, al dan niet aangeboren?**  NEEN  JA .....

**Een van de te verzekeren personen:**

*Nr. betrokken persoon*

- O. Werd hij/zij gehospitaliseerd om medische redenen of andere gedurende de laatste 10 jaar (behalve voor bevallingen)?  NEEN  JA .....
- P. Was hij/zij het slachtoffer van een ongeval?  
 Zo ja: - Welke letsels werden opgelopen? .....  
 - Is er osteosynthesemateriaal aanwezig in het lichaam?  NEEN  JA .....
- Q. Neemt of heeft hij/zij regelmatig geneesmiddelen genomen (behalve anticonceptie)?  NEEN  JA .....
- R. Volgt of heeft hij/zij een medische behandeling gevolgd of een arts geraadpleegd tijdens de laatste 6 maanden (behalve voor griep of verkoudheid), of is een raadpleging voorzien in de nabije toekomst?  NEEN  JA .....
- S. Moet hij/zij binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden of een heelkundige ingreep ondergaan (behalve voor bevalling)?  NEEN  JA .....
- Enkel voor de personen van het vrouwelijk geslacht:*
- T. Lijdt zij of heeft zij geleden aan een gynaecologische aandoening, een aandoening van de borsten (o.a. cysten, borsthypertrofie)?  NEEN  JA .....
- U. Is zij zwanger? Indien ja, voorziene bevallingsdatum: ..... / ..... / .....  
 Hebben er zich zwangerschapscomplicaties voorgedaan?  NEEN  JA .....

**3 Bijkomende verklaringen** (VERPLICHT IN TE VULLEN INDIEN ÉÉN VAN DE VRAGEN HIERBOVEN VAN A TOT T MET 'JA' BEANTWOORD WERD)

Nr. persoon	Letter van de vraag	Aard van de aandoening of van de letsels	Periodes van hospitalisatie, van medische behandeling of arbeidsongeschiktheid (van dd/mm/jj tot dd/mm/jj)	Gevolgen (lopende of voorziene behandelingen, blijvende letsels, volledige genezing)

(bij gebrek aan plaats om te antwoorden, gelieve uw documenten als bijlage toe te voegen en hun aantal hiervóór te vermelden)

De verzekeringsvoorwaarden worden bepaald bij het in voege gaan van het contract en ten vroegste op de datum van de medische aanvaarding.

Na het tot stand komen van het contract, zal dit document er deel van uitmaken.

De verzekeringnemer verklaart de wettelijke vertegenwoordiger te zijn van de te verzekeren personen die minderjarig zijn en staat borg voor hen.

De ondergetekende(n) staat (staan) ervoor in dat de hierboven gestelde vragen nauwkeurig, volledig en naar waarheid werden beantwoord, en verklaren zich verantwoordelijk voor de juistheid van deze antwoorden, zelfs wanneer een derde persoon ze zou hebben geschreven.

Ondergetekende(n) verbindt (verbinden) zich ertoe alle inlichtingen in verband met zijn/haar (hun) gezondheidstoestand die voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn, op eigen kosten aan hun behandelende artsen te vragen en deze te verstrekken aan de adviserend geneesheer van de maatschappij.

Ondergetekende(n) gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat AG Insurance bovenvermelde medische gegevens, mits naleving van de Belgische privacywetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken.

**Gelieve aan te kruisen wat past:**

- Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) kennis te hebben genomen van de mogelijkheid de medische vragenlijst afzonderlijk in te vullen en rechtstreeks over te maken aan de adviserend arts van AG Insurance, zoals hierboven beschreven onder het punt 'voorafgaandelijke belangrijke mededeling'. Ondergetekende(n) doet (doen) bijgevolg afstand van zijn/haar (hun) recht op aparte confidentiële behandeling en gaat (gaan) er uitdrukkelijk mee akkoord dat bovenvermelde medische gegevens ingezameld en verwerkt worden door zijn/haar (hun) verzekeringsmakelaar buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.
- Ondergetekende(n) wenst (wensen) een confidentiële behandeling van de persoonsgegevens die zijn/haar (hun) gezondheid betreffen en maakt (maken) de medische vragenlijst(en) rechtstreeks over aan AG Insurance ter attentie van de adviserend geneesheer.

De ondergetekende(n) verklaart (verklaren) bovendien een afschrift van dit document ontvangen te hebben.

Opgemaakt te ....., op .....

Handtekening van de verzekeringnemer,

Handtekeningen van de te verzekeren (meerderjarige) personen,

**AG Insurance**

E. Jacquainlaan 53  
B-1000 Brussel  
Tel. +32(0)2 664 81 11  
Fax +32(0)2 664 81 50  
[www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be)

AG Care line: 02 664 10 35 - Fax: 02 664 10 95  
E-mail: [agcare.broker@aginsurance.be](mailto:agcare.broker@aginsurance.be)



**AG Insurance nv**  
 E. Jacqmainlaan 53  
 1000 BRUSSEL  
 België  
 Identificatie schuldeiser : BE81ZZZ0404494849

**MANDAAT SEPA EUROPESE DOMICILIËRING - CORE**  
**Mandaatreferte** XX

Ik, ondergetekende,  verzekeringnemer  niet-verzekeringnemer, verklaar

- rekeninghouder of volmachtouder te zijn van onderstaande rekening
- in te stemmen dat AG Insurance opdrachten stuurt naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening te debiteren
- in te stemmen dat mijn bank mijn rekening debiteert in overeenstemming met de opdracht van AG Insurance
- in te stemmen met het voorstel van AG Insurance een kennisgevingstermijn in acht te nemen van minimum vijf dagen voorafgaand aan de uitvoering van iedere gedomicilieerde betaling. De kennisgeving zal gericht worden aan de verzekeringnemer. Voor maandelijkse betalingen gebeurt de kennisgeving eenmaal per jaar en minimum vijf dagen vóór de jaarvervaldag van het contract
- akkoord te gaan met de registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel, zijnde de verantwoordelijke voor de verwerking. Deze persoonsgegevens worden uitsluitend verwerkt voor de uitvoering van betalingsdiensten met betrekking tot het contract waarvoor het mandaat gegeven is, met inbegrip van het voorkomen van misbruik en fraude. Voor het recht van toegang en het recht van verbetering van onjuiste gegevens dient een verzoek gericht te worden aan bovenvermeld adres.

Ik kan een Europese domiciliëring laten terugbetalen door mijn bank volgens de voorwaarden die in mijn overeenkomst met de bank zijn vastgelegd. Een verzoek tot terugbetaling moet gebeuren binnen de 8 weken na de datum waarop het bedrag gedebiteerd werd.

**Mijn gegevens**

Naam (\*)

Voornaam (\*)

Straat (\*)

Nummer (\*)  Busnr  Postcode (\*)

Gemeente (\*)

Land

E-mailadres

GSM

Rekeningnummer IBAN (\*)

BIC (\*)

Hoedanigheid (\*) Rekeninghouder  Volmachtouder

Type-betaling (\*) Terugkerend  Eenmalig

Referentie betaling (\*) (contractnummer, ...)

Opgemaakt te .....

Datum (*) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Handtekening (*) (**) <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	Handtekening verzekeringnemer (*) (***) <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
--	--	--

(\*) *Verplicht in te vullen.*  
 (\*\*) *Voor een rechtspersoon, handtekening van de vertegenwoordiger(s) die gemachtigd is/zijn de vennootschap te verbinden, met toevoeging van zijn/hun naam en hoedanigheid.*  
 (\*\*\*) *Alleen vereist indien verschillend van rekeninghouder of volmachtouder.*

**Gelieve dit document ingevuld en ondertekend terug te bezorgen aan AG Insurance nv - Expenses & Receipts - E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel.**

**AG Insurance nv**  
 E. Jacqmainlaan 53  
 1000 BRUSSEL  
 België  
 Identificatie schuldeiser : BE81ZZZ0404494849

<b>Mandaatreferte</b>	<b>MANDAAT SEPA EUROPESE DOMICILIËRING - CORE</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
-----------------------	---

Ik, ondergetekende,  verzekeringnemer  niet-verzekeringnemer, verklaar

- rekeninghouder of volmachtouder te zijn van onderstaande rekening
- in te stemmen dat AG Insurance opdrachten stuurt naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening te debiteren
- in te stemmen dat mijn bank mijn rekening debiteert in overeenstemming met de opdracht van AG Insurance
- in te stemmen met het voorstel van AG Insurance een kennisgevingstermijn in acht te nemen van minimum vijf dagen voorafgaand aan de uitvoering van iedere gedomicilieerde betaling. De kennisgeving zal gericht worden aan de verzekeringnemer. Voor maandelijkse betalingen gebeurt de kennisgeving eenmaal per jaar en minimum vijf dagen vóór de jaarvervaldag van het contract
- akkoord te gaan met de registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel, zijnde de verantwoordelijke voor de verwerking. Deze persoonsgegevens worden uitsluitend verwerkt voor de uitvoering van betalingsdiensten met betrekking tot het contract waarvoor het mandaat gegeven is, met inbegrip van het voorkomen van misbruik en fraude. Voor het recht van toegang en het recht van verbetering van onjuiste gegevens dient een verzoek gericht te worden aan bovenvermeld adres.

Ik kan een Europese domiciliëring laten terugbetalen door mijn bank volgens de voorwaarden die in mijn overeenkomst met de bank zijn vastgelegd. Een verzoek tot terugbetaling moet gebeuren binnen de 8 weken na de datum waarop het bedrag gedebiteerd werd.

## Mijn gegevens

Naam (*)	<input type="text"/>		
Voornaam (*)	<input type="text"/>		
Straat (*)	<input type="text"/>		
Nummer (*)	Busnr	Postcode (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gemeente (*)	<input type="text"/>		
Land	<input type="text"/>		
E-mailadres	<input type="text"/>		
GSM	<input type="text"/>		
Rekeningnummer IBAN (*)	<input type="text"/>		
BIC (*)	<input type="text"/>		
Hoedanigheid (*)	Rekeninghouder <input type="radio"/>	Volmachtouder <input type="radio"/>	
Type-betaling (*)	Terugkerend <input type="radio"/>	Eenmalig <input type="radio"/>	
Referentie betaling (*) (contractnummer, ...)	<input type="text"/>		
Opgemaakt te .....			
Datum (*)	Handtekening (*) (**)	Handtekening verzekeringnemer (*) (***)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(\*) *Verplicht in te vullen.*

(\*\*) *Voor een rechtspersoon, handtekening van de vertegenwoordiger(s) die gemachtigd is/zijn de vennootschap te verbinden, met toevoeging van zijn/hun naam en hoedanigheid.*

(\*\*\*) *Alleen vereist indien verschillend van rekeninghouder of volmachtouder.*