

Wit : exemplaar maatschappij
Blauw : kopie verzekerde

- Nieuwe zaak
 Bijvoegsel aan polis nr. _____
 Code: _____

Producent: B | C | A |
 Naam en adres _____

Verzekeringnemer

- Mevrouw Mevrouw Mijnheer Andere: _____
 Naam of juiste benaming
 indien rechtspersoon: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum: _____
 Burgerl. staat: Ongehuwd Gehuwd Weduwe(naar) Gescheiden Echtgescheiden Geslacht: Man Vrouw
 Nationaliteit: _____ Nr. identiteitskaart: _____
 Adres: _____ Nr. _____ Bus _____
 Postcode: _____ Plaats: _____
 Telefoon: _____ Verwantschap met de verzekerde: _____
 Beroep (nauwkeurig omschrijven): _____
 Sociaal statuut: Zelfstandige Bediende Arbeider Ambtenaar Ander stelsel: _____
 Indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is: B.S. van _____ blz. nrs. _____

(in te vullen indien verschillend van de verzekeringnemer)

- Mevrouw Mevrouw Mijnheer
 Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum: _____
 Burgerl. staat: Ongehuwd Gehuwd Weduwe(naar) Gescheiden Echtgescheiden Geslacht: Man Vrouw
 Nationaliteit: _____ Nr. identiteitskaart: _____
 Adres: _____ Nr. _____ Bus _____
 Postcode: _____ Plaats: _____
 Telefoon: _____ Bruto jaarinkomen (indien invaliditeitsrente onderschreven): _____
 Beroep (nauwkeurig omschrijven): _____
 Sociaal statuut: Zelfstandige Bediende Arbeider Ambtenaar Ander stelsel: _____
 Voor gehuwden: naam en voornaam van de echtgeno(o)te: _____

Spaarkapitaal:

- Plan for Life Plan for Life 1,50%
 Tijdelijke met vaste premies Tijdelijke met jaarlijks hernieuwbare premies Schuldsaldo
 Capital Life

INVESTERINGSFONDSEN	VERDELING	VERDELING	VERDELING
Capital Invest	_____ %	Capital Techno	_____ %
Capital Invest Euro	_____ %	Capital Treasury	_____ %
Capital Security	_____ %	Capital Focus	_____ %
Capital Bonds Euro	_____ %		
		Capital Secure	_____ %
		Capital Balanced	_____ %
		Capital Dynamic	_____ %
		Capital Growth	_____ %
		TOTAAL	1 0 0 0 %

- Multi-Invest
 Dynamic Balanced

Kapitaal overlijden voor de einddatum:

- Het gekapitaliseerd spaartegoed, overeenkomstig de algemene voorwaarden
 Het hoogste van de volgende twee bedragen
- Het gekapitaliseerd spaartegoed, overeenkomstig de algemene voorwaarden
 - een forfaitair kapitaal overlijden van _____ EUR (min. 6200 EUR) of
 - de totaliteit van de stortingen verminderd met de eventuele opvragingen of
 - 130% van de stortingen verminderd met eventuele opvragingen (uitsluitend voor Plan for Life) of
 - een dalend kapitaal overlijden na _____ jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van het contract, gedurende _____ jaar
 Aanvankelijk kapitaal: _____ EUR (min. 6200 EUR) (ook voor tijdelijke)
- Het gekapitaliseerd spaartegoed, overeenkomstig de algemene voorwaarden, vermeerderd met een forfaitair kapitaal overlijden van _____ EUR (min. 6200 EUR)
- In tijdelijke en in schuldsaldo
 Aanvankelijk forfaitair kapitaal: _____ EUR
 Wijze van terugbetaling: met vaste maandelijkse annuïteiten met een interestvoet van _____ % Typetarief: standaard
 met vaste maandelijkse aflossingen ervaringstarief (Indien kapitaal > 100.000 EUR)

Voor-verzekering: vanaf _____ tot _____

Rookte u gedurende de afgelopen 12 maanden? Ja Neen

Producten/waarborgen (vervolg)

■ Aanvullend risico ongeval (AVRO):

- Een bedrag van _____ EUR (min. 6200 EUR) _____ % van het forfaitair aanvankelijk kapitaal (in tijdelijke en in schuldsaldo)
Einddatum van de waarborg AVRO: _____ (indien verschillend van de einddatum van het contract)

■ Aanvullend risico invaliditeit (AVRI):

Waarborgen:

- Vrijstelling van premiebetaling Carentietijd Wachttijd **Termijn: _____ dagen (*)**
 Jaarlijkse rente van _____ EUR (min. 6200 EUR) Carentietijd Wachttijd **Termijn: _____ dagen (*)**
 Constante Stijgende na schadegeval Geïndexeerd vanaf de onderschrijving
Voet van stijging of van indexatie 2% 3%
 Algemene onkostenrente van _____ EUR (min. 6200 EUR) Carentietijd Wachttijd **Termijn: _____ dagen (*)**
Duur van betaling van de prestaties: _____ dagen (360, 540 of 720 dagen)
 Forfaitair kapitaal van _____ EUR (min. 6200 EUR) (uitsluitend in geval van volledige en bestendige arbeidsongeschiktheid)
 _____ % van het forfaitair aanvankelijk kapitaal (in tijdelijke en in schuldsaldo)

Redenen:

- Ziekte en alle ongevallen Ziekte en alle ongevallen van het privaat leven (niet toegelaten voor zelfstandigen) Ziekte

Types:

- Gedeeltelijke en volledige arbeidsongeschiktheid volledige arbeidsongeschiktheid

Einddatum van de waarborg AVRI: _____ (indien verschillend van de einddatum van het contract)

(*) 30 (uitsluitend bij carentietijd), 60, 90, 180 of 360 dagen

Stortingen

- Geplande stortingen: Bedrag: _____ EUR (min. 600 EUR (3750 voor Multi-Invest) per jaar) aanvullende verz. inb. ja neen
 jaarlijks semestrieel trimestrieel maandelijks
- Eénmalige storting: Bedrag: _____ EUR (met een min. van 2500 EUR voor de 1ste storting (6200 EUR voor Multi-Invest) en 1250 EUR voor de volgenden)
- Betalingswijze: Bankdomiciliatie Overschrijving door de verzekeringnemer op de financiële rekening van de maatschappij
 Overschrijving door de verzekeringnemer op de financiële rekening van de makelaar Cash aan de makelaar Cheque Andere
- Aanvangsdatum: Aanvangsdatum vermeld op het document van bevestiging van de eerste storting _____ (in tijdelijke en in schuldsaldo)
- Einddatum van het contract: _____ Einddatum betaling van de premies _____

Eventuele uitbreidingen: Moto (geen competitie): Cilinderinhoud: _____ cc

Andere (omschrijving of gepaste vragenlijst invullen): _____

Begunstigden (het nummer van uw keuze aanduiden):

Voor het kapitaal leven: nr. _____ Voor het kapitaal overlijden: nr. _____ bij gebreke: nr. _____ bij gebreke nr. _____

Bepaling van 1 de verzekeringnemer (0049)

6 de ouders van de verzekeringnemer (0057)

de nummering: 2 de verzekerde (0059)

7 de wettelijke erfgename van de verzekeringnemer (0060)

3 de echtgeno(o)t(e) van de verzekeringnemer
op de dag van het overlijden (0051)

8 de personen(oon) die ingevolge het overlijden van de verzekerde, de volle eigendom
of het vruchtgebruik van die woning verwerven (verwerft) (art. 115 5° B W.I.B.)

4 de kinderen van de verzekeringnemer per gelijke delen (0052)

9 _____

5 de broers en zusters van de verzekeringnemer per gelijke delen (0054)

Het contract wordt onderschreven voor terugbetaling of wedersamenstelling van een krediet (Artikel 6, §2 van het KB Leven van 14/11/2003 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad met dezelfde datum).

Naam en adres van de schuldeiser: _____
(eventueel dossiernummer) _____

- Geen Lange termijnsparen (met terugwerkende kracht op 31/12 ja neen) Pensioensparen Bedrijfsleidersverzekering
 R.I.Z.I.V. (uitsluitend in Plan for Life) V.A.P.Z. (uitsluitend in Plan for Life)

Hebt u de bedoeling een levensverzekering met dezelfde verzekerde op te zeggen, te reduceren of af te kopen? ja neen

Zo ja, reden? _____

Bent u in onderhandeling met een andere maatschappij met de bedoeling een levensverzekering of een rente te onderschrijven? ja neen

Voor welk kapitaal overlijden? _____ EUR

Voor welke rente? _____ EUR

Bekleedt u (of uw ouders, uw kinderen of uw echtgeno(o)t(e)) of hebt u ooit een politiek mandaat of een openbaar ambt bekleed op regionaal, nationaal of internationaal niveau? ja neen

In geval de verzekeringnemer of de begunstigde een familiale, patrimonium- of managementvenootschap is, bevindt zich dan onder de aandeelhouders of de al dan niet actieve leiders van de venootschap een persoon die een politiek mandaat of een openbaar ambt bekleed heeft op regionaal, nationaal of internationaal niveau? ja neen

De verzekeringnemer verklaart kennis genomen te hebben van de teksten gedrukt op de keerzijde. De verzekeringnemer verklaart zich akkoord met de voorgaande paragrafen.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening van de verzekeringnemer:

Machtiging voor minderjarige:

(voorafgegaan door de vermelding «Gelezen en goedgekeurd»)

Verklaringen van de te verzekeren persoon

De verklaringen van de te verzekeren persoon of de medische vragenlijst, vervolledigd, gedateerd en getekend dienen afgescheurd en teruggestuurd te worden naar het medisch secretariaat leven van AGF Belgium Insurance n.v., Lakensestraat 35 te 1000 Brussel of Borzestraat 10 te 2000 Antwerpen.

Bent u houder of houder geweest van een levensverzekering of een verzekering voor invaliditeitsrente? ja neen

Zo ja, bij welke maatschappij? _____

Voor welk kapitaal overlijden? _____ EUR Voor welke rente? _____ EUR

Indien de verzekering werd beëindigd, wanneer? _____ Waarom? _____

Hebt u de bedoeling voor beroepsdoeleinden naar het buitenland te gaan voor langer dan 3 maanden? ja neen

Zo ja, naar welk(e) land(en) en voor hoelang? _____

Oefent u gevaarlijke beroepsactiviteiten en/of beroepsactiviteiten op een hoogte van meer dan 4 meter uit? ja neen

Zo ja, welke? _____

Doet u aan sport? ja neen Zo ja, welke? _____

Met competitie? ja neen

Welke is uw grootte? _____ cm Welk is uw gewicht? _____ kg Welke is uw bloeddruk (indien gekend)? _____

Naam en adres van de huisarts: _____

De te verzekeren persoon verklaart:

- in goede gezondheid te verkeren en bekwaam te zijn zonder beperkingen te werken;
- voor zover hem/haar bekend, niet te lijden aan een gebrek, een aandoening, de gevolgen van een ongeval of een ziekte van welke aard ook;
- geen test te hebben ondergaan tot opsporing van het AIDS en/of hepatitis B- of C-virus die een positief resultaat had (t.t.z. infectie);
- niet in behandeling te zijn, niet onder medisch toezicht te staan (behoudens preventieve en arbeidsgeneeskunde), niet gehospitaliseerd te zijn geweest (behoudens normale bevallingen), geen heelkundige ingreep te hebben ondergaan (behoudens wegname van amandelen en poliepen, appendix of wijsheidstanden) en er geen behandeling, ingreep of opname gepland is;
- gedurende de laatste 5 jaar niet totaal of gedeeltelijk werkongeschikt geweest te zijn of tijdens deze periode geen behandeling van langer dan 3 opeenvolgende weken te hebben gehad (buiten de gevolgen van een zwangerschap of bevalling of de inname van anti-conceptie);
- voor het aangaan van een levens-, invaliditeits- of hospitalisatieverzekering nooit geweigerd, uitgesteld of tegen bijzondere voorwaarden (uitsluiting of bijpremie) aanvaard te zijn ten gevolge van zijn/haar gezondheidstoestand of medische voorgeschiedenis;
- dat hem/haar geen andere elementen (ook van niet medische aard, sportief, professioneel, enz...) die een invloed zouden kunnen uitoefenen op het risico waar aan de maatschappij blootgesteld wordt ingevolge de toe te kennen waarborgen, bekend zijn.

De te verzekeren persoon bevestigt deze verklaring

bevestigt deze verklaring niet en vult bijgevoegde "Medische Vragenlijst" in.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening van de te verzekeren persoon: (voorafgegaan door de vermelding «Gelezen en goedgekeurd»)

De aanvaarding van het contract gebeurt op basis van deze verklaring. Om eventuele betwistingen te vermijden, is het zeer belangrijk dat de te verzekeren persoon alle vragen

Op naam van _____ geboren op _____

Belangrijke opmerking: wij vestigen de aandacht van de te verzekeren persoon op het belang van onderhavige verklaringen die dienen als grondslag voor het contract.

Wij verzoeken u leesbaar te schrijven en een volledig antwoord te verstrekken op elke vraag. Strepen, doorhalingen of andere tekens zijn ongeldig.

Kent u in uw familie gevallen van suikerziekte, vallende ziekte, hypertensie, zenuw- of geestesziekte, zelfmoord, hartaandoeningen?

oui non

Zo ja, specificeer: _____

Algemene inlichtingen:

1. Wat is uw dagelijks verbruik van (aantal glazen)? Bier: [] [] [] Wijn: [] [] [] Alcohol: [] [] []

ja neen

2. Is uw gewicht de laatste 5 jaar gewijzigd? ja neen Zo ja, + [] [] [] kg - [] [] [] kg

Reden: _____

3. Rookt u? ja neen Dagelijks verbruik? _____

4. Bent u gestopt met roken? ja neen Hoelang al? _____

5. Gebruikt u, of hebt u drugs of verdovende middelen gebruikt, ook sporadisch? ja neen Welke? _____

Wanneer gestopt? _____

6. Voor personen van het vrouwelijke geslacht: Bent u zwanger? ja neen Hoeveel maanden? _____

Van eerste kind? ja neen

Verloopt deze of vorige zwangerschappen en/of bevallingen normaal? ja neen Zo neen, reden? _____

7. Voor personen van het mannelijke geslacht: Bent u ongeschikt verklaard voor legerdienst? ja neen Waarom? _____

Medische gegevens

	ja	neen	
8. Lijdt of leed u aan één of meer van de volgende aandoeningen?			Welke, wanneer, behandeling, huidige toestand, gevolgen,...?
a. ziekten van het zenuwstelsel, in het bijzonder stuip trekkingen, verlamming, flauwvallen, gezichtsstoornissen, gevoelsstoornissen, andere ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. ziekten van het ademhalingsstelsel, in het bijzonder tuberculose, pleuritis, bronchitis, astma, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. ziekten van het spijsverteringsstelsel, in het bijzonder: maag-, darm- of slokdarmzweer, maag- of darmbloeding, diarree, constipatie, aandoening van lever of galblaas (stenen), geelzucht (hepatitis), ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. ziekten van de bloedsomloop, in het bijzonder: hartziekten, pijn in de borst, infarct, bloeddrukstoornissen, arteriosclerose, aderontsteking, oedeem, spataders, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. ziekten van de urinewegen en de geslachtsorganen, in het bijzonder moeilijk of pijnlijk plassen, prostaatontsteking, bloed in de urine, nierstenen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. ziekten van de ogen, oren, neus, strottenhoofd, mond, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. huidziekten, in het bijzonder eczeem, allergie, herpes, psoriasis, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. stofwisselingsziekten, in het bijzonder jicht, diabetes, vetzucht, aandoeningen van de schildklier (rapport geneesheer bijvoegen), ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i. aandoeningen van de lymfeklieren, de milt, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j. bloedziekten, met name anemie, leukemie, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k. beender- of gewrichtsziekten, in het bijzonder reuma, infecties, pijnlijke of gezwollen gewrichten, discushernia, rugklachten, ischias, artrose, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
l. gynecologische aandoeningen of aandoeningen van de borsten, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m. psychiatrische aandoeningen of psychische problemen, zoals depressie, stress, angst, zelfmoordpoging, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Lijdt of leed u aan andere aandoeningen, kwalen of invaliditeiten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Bent u invalide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reden, graad, sinds wanneer? _____

Behandelingen:

	ja	neen	Waarom, wanneer?
11. Gebruikt u geneesmiddelen? <input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> op medisch voorschrift Welke? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Hebt u de laatste 5 jaren geneesmiddelen gebruikt? Welke? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Raadpleegde u de laatste 5 jaren een huisarts of specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Onderging u reeds een radio- of chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Kreeg u in de laatste 5 jaren een bloedtransfusie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Was u het slachtoffer van een ongeval? (nauwkeurige omschrijving)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Moet u binnenkort in een ziekenhuis opgenomen worden, een heelkundige ingreep ondergaan of een behandeling volgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Onderging u tijdens de laatste 5 jaren:			Waarom, wanneer, resultaat, gevolgen ... ?
a. een electrocardiogram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. een radiografie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. een bloedonderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. een urineonderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. een PSA-test (prostaat specifiek antigeen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. andere onderzoeken (electro-encefalogram, scanner, scintigrafie, arteriografie, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Werkonbekwaamheid:

	ja	neen	
19. Bent u momenteel werkonbekwaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> totaal <input type="checkbox"/> gedeeltelijk: _____ % sinds? _____ reden? _____
20. Bent u in de loop van de laatste 5 jaren gedurende meer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk werkonbekwaam geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wanneer, oorzaak, gevolgen? _____
21. Bent u om gezondheidsredenen van beroep moeten veranderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Hebt u nog iets mede te delen wat uw gezondheidstoestand betreft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Opgemaakt te _____ op _____
Handtekening van de te verzekeren persoon:

Wettelijke bepalingen

Dit document is een voorstel van levensverzekering. Noch de verzekeringsonderneming, noch de kandidaat-verzekeringnemer zijn door dit voorstel verplicht het contract te tekenen. Indien de maatschappij binnen 30 dagen na ontvangst de kandidaat-verzekeringnemer niet in kennis gesteld heeft van een verzekeringsaanbod, van de onderschikking van de verzekering aan een aangevraagde enquête, van de weigering van verzekering, verbindt zij er zich toe de verzekering af te sluiten, op straffe van schadevergoeding. Er mag voor de levensverzekering of voor een aanvullende verzekering geen enkele premie of welke andere som ook, zelfs niet voorlopig, gevorderd worden vóór de onderschrijving van het contract. Kachtens artikel 5 van het K.B. betreffende de levensverzekeringsactiviteit van 17 december 1992 en artikel 8 van de algemene voorwaarden van de individuele levensverzekering, zal AGF Belgium Insurance n.v. de kosten voor het ondergane medisch onderzoek terugvorderen van de kandidaat-verzekeringnemer als deze het contract of het aanhangsel van verhoging niet onderschrijft of het contract opzegt binnen 30 dagen te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan.

Opzegging, reductie of afkoop van een lopende levensverzekering met het oog op het onderschrijven van een andere levensverzekering, is doorgaans nadelig voor de verzekeringnemer.

Belangrijk

Bij onderhavig voorstel moet noodzakelijk gevoegd worden:

– voor natuurlijke personen: een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer die reeds titularis van een EIK (elektronische identiteitskaart) moet bij het voorstel een fotokopie voegen van deze EIK en het begeleidend adresbewijs dat hem door de gemeentelijke administratie werd overhandigd bij de uitreiking van de EIK.

– voor de rechtspersonen: een kopie van de statuten of van de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad alsook een kopie van de identiteitskaart van de persoon die bevoegd is om de rechtspersoon te verbinden. Voor de personen die reeds titularis zijn van een EIK (elektronische identiteitskaart), zie hierboven.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan AGF Belgium Insurance N.V. worden medegedeeld, dienen uitsluitend voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, beheer en uitvoering van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen.

Enkel voor deze doeleinden kunnen zij indien noodzakelijk worden overgemaakt aan een herverzekeraar of een expert. Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen.

Om dat recht uit te oefenen moet de belanghebbende een gedagtekend en ondertekend verzoek indienen bij de dienst: **Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, AGF Belgium Insurance N.V.**, Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.

Een bedrag van 3 EUR moet worden gestort op de rekening 310-0140765-07 (met als mededeling "J4SJ" gevolgd door de naam en voornamen van de betrokken persoon). Deze persoon is verder gerechtigd alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document. Met het oog op een vlot beheer van het contract en van elk schadedossier en enkel daartoe, geeft de verzekerde zijn toestemming voor het verwerken van de medische persoonsgegevens door de Medische dienst.

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, de Meeûsplantsoen 29 in 1000 Brussel, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Elke klacht aangaande de uitvoering van het contract kan worden gericht aan:

■ de Ombudsdienst van de maatschappij AGF Belgium Insurance N.V., Lakensestraat 35, 1000 Brussel, fax: 02/214.61.71, Ombudsdienst@agf.be, of

■ de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35 in 1000 Brussel, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as, of

■ de CBFA, Congresstraat 10 - 16, 1000 Brussel, fax: 02/220.58.17

onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer om een rechtsovereenkomst in te stellen.



Duidelijk met u

Maatschappelijke zetel:
Lakensestraat 35
1000 Brussel
Tel.: +32 2 214 61 11
Fax: +32 2 214 62 74
Website: <http://www.agf.be>

AGF Belgium Insurance n.v.
Verzekeringsovereenkomst toegelaten
onder codenummer 0097 om alle takken
"Leven" en "niet-Leven" te beoefenen
K.B. van 04/07/79 - B.S. van 14/07/79
K.B. van 19/05/95 - B.S. van 16/06/95

Member of Allianz Group
BTW: BE 0403.258.197 - RPR Brussel
Private levenssfeer: 00289119
Financiële rekening nr 310-0140765-07
Andere bedrijfszetel:
Borzestraat 10 2000 Antwerpen
Tel.: +32 3 222 55 11 - Fax: +32 3 225 31 40