

**GELIEVE DIT DOCUMENT TERUG TE STUREN INDIEN U  
VERDERE INFO WENST OVER DE HIERONDER  
VERMELDE VERZEKERINGEN**

**Per fax : 02/743.05.25**

**Per mail : [verzekeringen@steuntelkander.be](mailto:verzekeringen@steuntelkander.be)**

**Per post : VZW Steunt Elkander – Dienst Verzekeringen  
Kolonel Bourgstraat 113  
1140 Evere**

## **INLICHTINGENBLAD**

**Hospitalisatie**

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Echtgenoot/ kinderen + geboortedatum:

**Gewaarborgd inkomen**

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Beroepsactiviteit:

**Bijstand personen/ auto**

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Echtgenoot/ kinderen + geboortedatum:

Aantal te verzekeren voertuigen:

Met of zonder vervangingswagen:

**Vrij aanvullend Pensioen voor zelfstandigen**

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Beroepsactiviteit:

Netto belastbaar inkomen voor 3 jaar terug:

**Bijstand overlijden**

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

**BA onderneming / BA beroepsaansprakelijkheid**

NAAM vennootschap:

Naam zaakvoerder:

Voornaam zaakvoerder:

Adres:

Beroepsactiviteit:

Aantal werknemers in dienst:

**Arbeidsongevallen**

NAAM vennootschap:

Naam zaakvoerder:

Voornaam zaakvoerder:

Adres:

Beroepsactiviteit:

Aantal werknemers in dienst:

Uurrooster:

Jaarlijkse bezoldiging:

**Individuele pensioenstoezegging**

NAAM zaakvoerder:

Voornaam zaakvoerder:

Burgerlijke stand:

Jaarlijkse bruto bezoldiging:

Aantal jaren dienst als loontrekkende in andere bedrijven?

Aantal jaren dienst als zelfstandige in andere bedrijven?

Aantal jaren dienst als loontrekkende binnen het bedrijf?

Aantal jaren dienst als zelfstandigen buiten het bedrijf?

Werd er reeds een Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen onderschreven?

Heeft u genoten van een groepsverzekering als loontrekkende?