KMO

INSCHRIJVINGSFORMULIER PLAN IS KMO

❑ PLAN IS KMO
❑ PLAN A met PLAN IS KMO
❑ optie PLAN HORIZON
❑ PLAN AZ met PLAN IS KMO
❑ PLAN Z met PLAN IS KMO

Account Manager |___|___|___|___|___|___|

Naam van de bemiddelaar _____ Nummer |___|___|___|___|___|___|

E-mail makelaar _____

Naam van de verzekeringsnemer

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Adres van de verzekeringsnemer

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nummer |___|___|___|___| Bus |___|___|___|

Postcode |___|___|___|___|___|___| Gemeente |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefoonnummer |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Faxnummer |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Contactpersoon bedrijf |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mailadres _____

Gewenst polisbegin: 01/____/20___

Verplichte aansluiting voor:

❑ alle personeelsleden ❑ alle bedienden ❑ alle arbeiders

Taal: ❑ Nederlands ❑ Frans ❑ Engels

Premiebetaling: ❑ maandelijks (domiciliëring is niet mogelijk) ❑ jaarlijks

<u>Detail van de facturatie wordt per mail verstuurd – het overschrijvingsformulier per post</u>

Handtekening (+ stempel firma) van de verzekeringsnemer of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Datum: ____/____/20____

Bij te voegen: ingevulde aansluitingsformulieren PLAN IS KMO