

BURGERLIJKE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID VOOR DE VEILIGHEIDS- EN GEZONDHEIDSCOÖRDINATOREN EN/OF EPB/EAP VLAANDEREN, BRUSSEL EN WALLONIË

TOETREDINGSFORMULIER

Makelaar : MARSH n.v.
Verzekeraars : Ethias n.v. – Amlin Corporate Insurance n.v.
Onderschrijvingsaanvraag : Polis Ethias ref. 45.270.834

1. PRAKTISCHE MODALITEITEN

1. Formulier **ingevuld en ondertekend** door de aanvrager terug te sturen naar:
 - ▶ VC-CS : fax +32 (0)16 82 08 26
 - ▶ Marsh (Omar El Hamami) : omar.elhamami@marsh.com – fax +32 (0)2 674 99 38
2. De VC-CS gaat het lidmaatschap na van de aanvrager en/of kijkt na of hij eveneens verzekerd is voor de BA veiligheidscoördinatie volgens dezelfde polis.
3. Marsh stuurt de aanvrager een betalingsaanvraag alsmede een attest van voorlopige dekking op dat ingaat de eerste werkdag die volgt op de ontvangst van het toetredingsformulier.

2. GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE (IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER)

Ik ben al verzekerd door de collectieve verzekeringspolis van Veiligheids- en Gezondheidscoördinatoren, onderschreven door VC-CS

Ja Neen

Zo JA, gelieve rechtstreeks naar **punt 4** te gaan

1. Naam en voornaam van de verzekerde:
- Adres: nr bus
- Postcode:..... Gemeente:
- Telefoonnummer: GSM-nummer:
- Faxnummer: E-mail:
- BTW-nummer:
- Lidnummer:.....

2. Werkt u als bediende of als zelfstandige ?

3. Wenst u de dekking uit te breiden tot de vennootschap waar u uw beroepsactiviteiten uitoefent? Ja Neen

Indien JA, gelieve volgende gegevens in te vullen:

- Naam:
- Maatschappelijke zetel:
- Telefoonnummer: Faxnummer:
- BTW-nummer:

Nota: de waarborgen worden uitgebreid tot de vennootschap enkel voor de handelingen gesteld door het lid van VC-CS verzekerd in de polis.

4. Werkt u als EPC-certificateur, EPB-verantwoordelijke / EPB-adviseur / EPB-verslaggever of EAP-adviseur? Ja Neen

Zo JA, wenst u deze activiteiten te verzekeren?

- ▶ EPB-verantwoordelijke / EPB-adviseur / EPB-verslaggever of EAP-adviseur Ja Neen
- ▶ EPC-certificateur Ja Neen

5. **Gewenste inwerkingstreding** (ten vroegste de dag na ontvangst van uw toetredingsformulier):/...../20

Datum en Handtekening van de verzekerde

.....

3. ATTEST VAN LIDMAATSCHAP BIJ VC-CS (IN TE VULLEN DOOR VC-CS)

Ontvangstdatum van het toetredingsformulier (*secretariaat VC-CS*)

Ik ondergetekende

Functie

Bevestig dat de aanvrager lid is van VC-CS en dat zijn lidmaatschapsbijdrage in orde is voor het kalenderjaar 20.....

Datum en Handtekening:/...../20.....

VC-VS

Leuvenselaan 172 – B-3300 Tienen
tel. 016 80 81 81 • fax 016 82 08 26 • e-mail : info@vccs.be
BIC GEBABEBB/IBAN BE61 2100 8783 0017 – BTW BE 0839.210.148