

# RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE DES COORDINATEURS DE SECURITE ET DE SANTE ET/OU EXTENSION PEB/PAE WALLONIE, BRUXELLES, FLANDRES

FORMULAIRE D'ADHESION

Courtier: MARSH s.a.  
Assureurs: Ethias s.a. – Amlin Corporate Insurance s.a.  
Demande de souscription: Police Ethias réf. 45.270.834

## 1. MODALITÉS PRATIQUES

1. Formulaire à renvoyer par le demandeur **dûment complété et signé** :
  - ▶ au VC-CS : fax +32 (0)16 82 08 26
  - ▶ chez Marsh (Omar El Hamami) : [omar.elhamami@marsh.com](mailto:omar.elhamami@marsh.com) - fax +32 (0)2 674 99 38
2. Le VC-CS vérifie l'affiliation du membre et/ou son adhésion à la police Responsabilité Civile Professionnelle.
3. Marsh envoie au demandeur la demande de paiement ainsi qu'une attestation de couverture qui prend effet le jour suivant la réception du formulaire d'adhésion.

## 2. COORDONNÉES DE L'ASSURÉ (A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR)

**J'ai déjà adhéré à l'assurance couvrant RC professionnelle des Coordinateurs de Sécurité et de Santé du VC-CS**

Oui  Non

(Si oui, allez directement au **point 4**)

1. Nom et prénom de l'assuré : .....
- Adresse : ..... n° ..... bte .....
- Code postal : ..... Localité : .....
- Téléphone : ..... GSM : .....
- Fax : ..... E-mail : .....
- Numéro de TVA : .....
- Numéro de membre : .....

2. Exercez-vous votre profession sous statut d'employé ou d'Indépendant ? .....

3. Souhaitez-vous étendre la garantie à la société dans laquelle vous exercez vos activités?  Oui  Non

Si oui, indiquez ses coordonnées ci-dessous :

Nom : .....

Siège Social : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Numéro de TVA : .....

**Remarque: les garanties sont étendues à la société uniquement pour les actes posés par le membre du VC-CS assuré par la police.**

4. Exercez-vous des activités de certificateur PEB, responsable PEB / conseiller PEB / rapporteur PEB ou auditeur PAE?  Oui  Non

Si oui, souhaitez-vous couvrir les activités de :

- ▶ Responsable PEB / conseiller PEB / rapporteur PEB ou auditeur PAE  Oui  Non
- ▶ Certificateur PEB  Oui  Non

5. **Date d'effet souhaitée** (au plus tôt le jour de la réception de votre formulaire) : ...../...../20.....

**Date et Signature de l'assuré**

.....

### 3. ATTESTATION D’AFFILIATION AU VC-CS (A COMPLÉTER PAR LE VC-CS)

Date de réception du formulaire d’adhésion (*secrétariat VC-CS*).....

Je soussigné .....

Fonction .....

Atteste que le demandeur est membre du VC-CS et est en règle de cotisation pour l’année civile 20.....

**Date et signature** : ...../...../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 – TVA BE 0839.210.148