

Proposition d'assurance



QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

INTERMEDIAIRE:

ACCOUNT MANAGER:

Numéro:

Nom / cachet de l'intermédiaire: BUREAU LEPAGE 91138
 Référence: WILLENOT NV

N° DE POLICE:

1. PRENEUR D'ASSURANCE (Veuillez renseigner l'adresse du domicile ou celle du siège social du preneur d'assurance)

Mr Melle Mme Firme

Nom ou dénomination:

Prénom:

Rue:

Numéro: Boîte: Code postal:

Localité / Pays:

Adresse E-mail:

Téléphone où me joindre: Fax:

N° compte: - -

POLICE A: Preneur d'assurance
 Intermédiaire d'assurances

CORRESPONDANCE A: Preneur d'assurance
 Intermédiaire d'assurances

CODE LINGUISTIQUE: Français Allemand
 Néerlandais Anglais

PAIEMENT DE LA PRIME: Mensuel (domiciliation bancaire obligatoire) Trimestriel Semestriel (-1%) Annuel (-3%)
 MODE DE PAIEMENT: Domiciliation bancaire Virement Intermédiaire d'assurances

DEBUT DE LA POLICE SOUHAITE: 01/ /20

2. DONNEES RELATIVES A LA (AUX) PERSONNE(S) A ASSURER

	Personne 1					Personne 2					Personne 3					Personne 4				
Nom																				
Prénom																				
Date de naissance																				
Sexe	M	F				M	F				M	F				M	F			
Code linguistique	F	N	All	Ang	F	F	N	All	Ang	F	F	N	All	Ang	F	F	N	All	Ang	F
Etat civil ⁽¹⁾	M	D	C	CO	V	M	D	C	CO	V	M	D	C	CO	V	M	D	C	CO	V
Profession principale																				
Profession complémentaire																				
Sport amateur																				
Sport professionnel																				
Statut social ⁽²⁾	O	E	I	F	O	O	E	I	F	O	O	E	I	F	O	O	E	I	F	O
Statut mutuelle ⁽³⁾	Autre:	0	1	2	3	Autre:	0	1	2	3	Autre:	0	1	2	3	Autre:	0	1	2	3

(1) Etat civil: M = Marié(e) - D = Divorcé(e) - C = Célibataire - CO = Cohabitant(e) - V = Veuf-Veuve

(2) Statut social: O = Ouvrier - E = Employé - I = Indépendant - F = Fonctionnaire
 Si autre: lequel?

(3) Statut mutuelle: 0 = Pas de mutuelle - 1 = Gros risques - 2 = Gros et petits risques - 3 = Communauté Européenne - Si autre lequel?

Type de garanties DKV (Mentionnez votre choix aux rubriques 3.1 et 3.2)

Plans santé:

Partie de revenu:

- Assurance Hospitalisation**
- Assurance Dépendance**
- Assurance Revenu Garanti**
- Assurance Frais Ambulatoires**
- Indemnité Journalière**

3. CHOIX DES GARANTIES

3.1 PLANS SANTÉ (En cas de souscription au plan Horizon, veuillez utiliser la proposition d'assurance spécifique)

	Personne 1 Choix		Personne 2 Choix		Personne 3 Choix		Personne 4 Choix	
Plan d'assurance								
Début 01 (mois/année)	/	/	/	/	/	/	/	/
Franchise								
Capital assuré (Plan H / Plan H+)								
Montant journalier (Ind. Journalière)								
Carence (Ind. Journ. d'Incapacité Travail)								

3.2 REVENU GARANTI (Pour un traitement rapide de votre dossier, vous pouvez joindre une copie des 3 derniers avertissements - extraits de rôle)

Nom: Prénom:

Début 01 (mois/année)	/	Genre de rente:	Age terme:	Risque assuré:	Description précise des activités de la profession principale et complémentaire:
Rente annuelle:		<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> 55 ans	<input type="checkbox"/> Maladie	
Carence <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365		<input type="checkbox"/> Croissante	<input type="checkbox"/> 60 ans	<input type="checkbox"/> Maladie et accidents privés	
Rachat de carence de 30 jours: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Indexée	<input type="checkbox"/> 65 ans	<input type="checkbox"/> Maladie et tous accidents	

Bénéficiaire des indemnités: Preneur d'assurance Assuré Autre:

Date de début de l'activité professionnelle assurée sous statut indépendant:

3.3 POLICE EXISTANTE OU PRECEDENTE AUPRES D'UNE AUTRE COMPAGNIE / MUTUALITE / DKV

Non Oui, n° police: Cie: Type:

En cours Résiliée Police groupe Police indiv. Capital ou rente si assurance invalidité:

4. A L'ATTENTION DES FEMMES MARIEES OU COHABITANTES DE MOINS DE 35 ANS uniquement si elles souhaitent souscrire SANS leur conjoint (ou partenaire de vie) un plan hospitalisation complémentaire à la mutuelle:

Si le plan d'assurance de mon conjoint ou partenaire de vie prend effet à la MEME date, la garantie accouchement m'est acquise sans surprime après 9 mois de stage.

Dans le cas de non-affiliation de mon conjoint ou partenaire de vie à la MEME date, une surprime de 50% est appliquée pour couvrir l'accouchement après 9 mois de stage.

DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

- Je sais que la proposition d'assurance est composée d'un questionnaire administratif et médical et tend à la conclusion d'un contrat d'assurance auprès de DKV Belgium S.A.
- Les conditions d'assurance sont fixées par l'émission de la police, **sous réserve de la réception préalable du questionnaire administratif et médical au siège de l'assureur.**
- Je déclare que les informations sont adéquates, pertinentes et non excessives et autorise l'assureur à les recueillir et à les traiter afin de conclure et d'exécuter le contrat. A cette fin, je déclare que les informations sont exactes et complètes et qu'elles m'engagent même si un tiers les a fournies et/ou complètes.
- Je déclare avoir reçu une copie, certifiée conforme, de la proposition d'assurance, ainsi qu'un exemplaire des Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance dont j'accepte le contenu et l'application.
- Je sais que la signature de la proposition d'assurance n'engage ni le preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat. Je sais cependant que si, dans les 30 jours de la réception de la proposition d'assurance, l'assureur n'a pas notifié une offre d'assurance, n'a pas subordonné l'assurance à une demande d'enquête ou n'a pas refusé la conclusion de l'assurance, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La signature de la proposition d'assurance ne fait pas courir la couverture.
- Je m'engage à communiquer par écrit à l'assureur tout changement concernant les renseignements fournis survenu avant l'émission de la police.
- Je m'engage à respecter, lors de l'utilisation de la Medi-Card®, les conditions générales d'application de la Medi-Card® qui me parviennent en même temps que la carte. Lors de l'utilisation de la Medi-Card®, je reste redevable des frais suivants et je m'engage à les rembourser à l'assureur: la franchise, les frais non médicaux et les frais résultant de cas d'assurance non couverts par la garantie d'assurance. La Medi-Card® ne donne pas droit à son utilisation avant la date de début du plan d'assurance prévue dans la police, indépendamment de la date à laquelle elle a été délivrée. En cas d'utilisation de la Medi-Card® avant le paiement de la première prime et avant la date d'expiration des stages éventuels, je reconnais être redevable des frais payés par l'assureur à l'hôpital. Je sais qu'en cas d'usage abusif de la carte, son utilisation peut m'être retirée. En cas d'utilisation de la Medi-Card®, j'autorise tant DKV Belgium S.A., que le centre hospitalier à se transmettre par voie électronique des fichiers de facturation, pour autant qu'une convention pour recourir à cette transmission soit conclue entre les deux organismes.
- J'autorise DKV Belgium S.A., qui est maître du fichier et dont le siège social est situé en Belgique, (Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles), à traiter ces données en vue de permettre la prestation de services à la clientèle, l'évaluation du risque, l'émission et la gestion des contrats d'assurance, la gestion des indemnisations, l'établissement de statistiques et la promotion.
- Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l'Ombudsman des assurances (Square de Meeüs 35, 1000 Bruxelles), sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Signature (+ cachet si firme) du preneur d'assurance ou du représentant légal:

Date:/...../.....

Avis de domiciliation:

N° police:

Signature + cachet si firme:

Je soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination
donne autorisation à DKV Belgium S.A. (n° d'identification 00000059188), sauf révocation formelle,
d'encaisser la prime du contrat et/ou de récupérer en cas d'utilisation de la Medi-Card® les frais suivants:
la franchise, les frais non médicaux ou ceux exclus de la garantie d'assurance, en débitant
mon compte n°: - -

Date:/...../.....

Proposition d'assurance



QUESTIONNAIRE MEDICAL - CONFIDENTIEL

Communications importantes:

- Si vous le souhaitez, vous pouvez détacher cette partie du document et l'envoyer sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de DKV Belgium S.A.: Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles. De même, chaque candidat-assuré qui le souhaite peut obtenir auprès de son courtier ou sur le site www.dkv.be un nouvel exemplaire du questionnaire médical qu'il peut remplir et renvoyer séparément. **Dans ces deux cas, il est impératif de compléter également la rubrique 1 ci-dessous pour nous permettre de réconcilier le questionnaire administratif et le questionnaire médical.** Le fait de compléter la rubrique 5 nous permet d'envoyer, dans un souci de confidentialité, directement aux personnes à assurer elles-mêmes, les demandes d'informations complémentaires relatives à leur état de santé, qui seraient nécessaires à l'appréciation du risque.
- Veuillez répondre à chaque question de la rubrique 2 en entourant la case exacte, 'oui' ou 'non' et en inscrivant votre taille et poids actuels. Les réponses avec des petits traits seront considérées comme négatives. La rubrique 3 sert à nous fournir des informations complémentaires lorsque vous avez répondu 'oui' à une des questions de la rubrique 2. Ces informations complémentaires doivent être les plus complètes possible afin de nous permettre d'évaluer correctement le risque.
- En cas de manque de place, vous pouvez joindre une page complémentaire. D'éventuels documents médicaux permettront, s'ils sont joints à ce questionnaire, de mieux traiter votre dossier.

N° de police:

1. PRENEUR D'ASSURANCE (Veuillez renseigner l'adresse du domicile ou celle du siège social du preneur d'assurance)

Nom ou dénomination:

Prénom:

Rue:

Numéro:

Boîte:

Code postal:

Localité / Pays:

Téléphone où me joindre:

2. QUESTIONNAIRE MEDICAL

Personne 1: Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Personne 3: Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Personne 2: Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Personne 4: Nom:

Prénom:

Date de naissance:

	Personne 1		Personne 2		Personne 3		Personne 4	
1. Avez-vous, au cours des 7 dernières années, été hospitalisé un ou plusieurs jours?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
2. Avez-vous, au cours des 3 dernières années, été malade, victime d'un accident, en traitement (y inclus un traitement dentaire)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
3.1 Une affection chronique, une malformation congénitale ou un handicap a-t-il été constaté?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
3.2 A-t-on constaté une anomalie ou une affection lors d'un examen sanguin (y inclus HIV et hépatite), cardiaque ou par imagerie médicale (RX, scanner, RMN, etc)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.1 Êtes-vous en traitement médicamenteux pour un accident ou une maladie?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.2 Dans le cadre d'une affection ou d'un changement de votre état de santé, avez-vous au cours des 12 derniers mois suivi un régime, un traitement d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, de kinésithérapie ou de logopédie?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.3 Un traitement (examen ou opération) en ambulatoire ou en milieu hospitalier est-il en cours, prévu ou conseillé?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5. Avez-vous déjà subi une incapacité de travail de plus de 3 semaines?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
6. Etes-vous atteint d'une invalidité totale ou partielle en raison d'une maladie ou d'un accident? Pour quelle(s) raison(s)? Depuis quand? Quel pourcentage?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
7.1 Un traitement stomatologique ou dentaire (prothèses, implants, orthodontie) en ambulatoire ou en milieu hospitalier est-il en cours, prévu ou conseillé?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
7.2 Des dents naturelles ont-elles été remplacées, sont-elles manquantes? Si oui, quel est le nombre de dents naturelles remplacées et/ou manquantes même partiellement (hormis les dents de sagesse)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
8. Êtes-vous dépendant de l'aide d'un tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne? Si oui, pourquoi?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
9. Êtes-vous enceinte?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
10. Veuillez indiquer votre taille et poids actuels.	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
11. Avez-vous d'autres renseignements concernant votre état de santé à nous communiquer (cfr rubrique 4 'déclarations complémentaires')?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

3. PRECISIONS CONCERNANT LES REPONSES DU QUESTIONNAIRE MÉDICAL (questions 1 à 11 incluses)

	Nature de l'affection, des blessures, de la malformation, du handicap, de l'anomalie, du traitement médical, de l'incapacité de travail:	Période d'hospitalisation, d'incapacité de travail, de traitement médical:		Nom et adresse complète des médecins et hôpitaux qui peuvent fournir des renseignements:	Y a-t-il d'autres traitements prévus ou des séquelles? Si oui, lesquels?
		DU	AU		
Personne 1 Question n°:					
Personne 2 Question n°:					
Personne 3 Question n°:					
Personne 4 Question n°:					

4. DECLARATIONS COMPLEMENTAIRES

Les réponses aux questions reprises aux rubriques 2 & 3, et notamment les périodes qui y sont mentionnées, **sont le minimum essentiel pour l'assureur et servent en outre à vous orienter** dans la déclaration spontanée et complète des antécédents médicaux des personnes à assurer. La loi prévoit que le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. L'ensemble des antécédents médicaux des personnes à assurer constitue pour DKV Belgium S.A. des éléments d'appréciation du risque, et doivent être déclarés complètement.

5. ADRESSE DE LA (DES) PERSONNE(S) A ASSURER

Personne 1: Rue: _____ n°: _____ Bte: _____
 Code Postal: [][][][] Localité: _____

Personne 2: Rue: _____ n°: _____ Bte: _____
 Code Postal: [][][][] Localité: _____

Personne 3: Rue: _____ n°: _____ Bte: _____
 Code Postal: [][][][] Localité: _____

Personne 4: Rue: _____ n°: _____ Bte: _____
 Code Postal: [][][][] Localité: _____

DECLARATIONS DE LA (DES) PERSONNE(S) A ASSURER

- Je sais que la proposition d'assurance est composée d'un questionnaire administratif et médical et tend à la conclusion d'un contrat d'assurance auprès de DKV Belgium S.A.
- Les conditions d'assurance sont fixées par l'émission de la police, **sous réserve de la réception préalable du questionnaire administratif et médical au siège de l'assureur.**
- Je déclare que les informations sont adéquates, pertinentes et non excessives et autorise l'assureur à les recueillir et à les traiter afin de conclure et d'exécuter le contrat. A cette fin, je déclare que les informations sont exactes et complètes et qu'elles m'engagent même si un tiers les a fournies et/ou complétées.
- Je sais que la signature de la proposition d'assurance n'engage ni le preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat; je sais cependant que si, dans les 30 jours de la réception de la proposition d'assurance, l'assureur n'a pas notifié une offre d'assurance, n'a pas subordonné l'assurance à une demande d'enquête ou n'a pas refusé la conclusion de l'assurance, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La signature de la proposition d'assurance ne fait pas courir la couverture.
- Je m'engage à communiquer par écrit à l'assureur tout changement concernant les renseignements fournis survenu avant l'émission de la police.
- Je m'engage à respecter, lors de l'utilisation de la Medi-Card®, les conditions générales d'application de la Medi-Card® qui me parviennent en même temps que la carte. Lors de l'utilisation de la Medi-Card®, je reste redevable des frais suivants et je m'engage à les rembourser à l'assureur: la franchise, les frais non médicaux et les frais résultant de cas d'assurance non couverts par la garantie d'assurance. La Medi-Card® ne donne pas droit à son utilisation avant la date de début du plan d'assurance prévue dans la police, indépendamment de la date à laquelle elle a été délivrée. En cas d'utilisation de la Medi-Card® avant le paiement de la première prime et avant la date d'expiration des stages éventuels, je reconnais être redevable des frais payés par l'assureur à l'hôpital. Je sais qu'en cas d'usage abusif de la carte, son utilisation peut m'être retirée. En cas d'utilisation de la Medi-Card®, j'autorise tant DKV Belgium S.A., que le centre hospitalier à se transmettre par voie électronique des fichiers de facturation, pour autant qu'une convention pour recourir à cette transmission soit conclue entre les deux organismes.
- J'autorise DKV Belgium S.A., qui est maître du fichier et dont le siège social est situé en Belgique, (Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles), à traiter ces données en vue de permettre la prestation de services à la clientèle, l'évaluation du risque, l'émission et la gestion des contrats d'assurance, la gestion des indemnisations, l'établissement de statistiques et la promotion.
- Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l'Ombudsman des assurances (Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles), sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Signature de la (des) personne(s) majeure(s) à assurer ou du représentant légal:

Date: