

Proposition d'assurance



QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Veillez répondre de manière exacte et complète à toutes les questions ci-dessous.

Numéro: **INTERMEDIAIRE D'ASSURANCES:**

ACCOUNT MANAGER:

Nom / cachet de l'intermédiaire d'assurances: _____

N° DE POLICE:

Référence: _____

1. PRENEUR D'ASSURANCE (Veillez 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:

Ville: Pays:

Téléphone / GSM:

Adresse e-mail:

N° de compte:

N° d'entreprise:

N° d'identification du registre national:⁽¹⁾

POLICE A:
Preneur d'assurance
Intermédiaire d'assurances

CORRESPONDANCE A:
Preneur d'assurance
Intermédiaire d'assurances

REGIME 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

(1) Voir verso carte d'identité

2. DONNEES RELATIVES AUX PERSONNES A ASSURER

	Personne 1				Personne 2				Personne 3				Personne 4			
Nom																
Prénom																
Date de naissance (jj/mm/aaaa)																
Sexe	H	F			H	F			H	F			H	F		
Régime linguistique	F	N	All	Ang	F	N	All	Ang	F	N	All	Ang	F	N	All	Ang
Etat civil ⁽¹⁾	I	Co	M		I	Co	M		I	Co	M		I	Co	M	
Profession principale																
Profession complémentaire																
Sport amateur																
Sport professionnel																
Statut social ⁽²⁾	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F
Statut mutuelle ⁽³⁾	Autre:				Autre:				Autre:				Autre:			
	0	2	3		0	2	3		0	2	3		0	2	3	
	Autre:				Autre:				Autre:				Autre:			

(1) Etat civil: I = Isolé - Co = Cohabitant - M = Marié

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

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

Type de garanties DKV

Plans santé:

Perte de revenu:

Assurance Hospitalisation

Assurance Dépendance

Assurance Revenu Garanti

Assurance Frais Ambulatoires

Indemnité Journalière d'Hospitalisation

Indemnité Journalière d'Incapacité de travail

DKV Belgium S.A. | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles | Tél.: +32 (0)2 287 64 11 | Fax: +32 (0)2 287 64 12 | contact@dkv.be | www.dkv.be | R.P.M. 0414858607 | Trib. Comm. Bruxelles
Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 -Maladie- (A.R. du 04/07/1979 - M.B. du 14/07/1979).

3. CHOIX DES GARANTIES

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

	Personne 1			Personne 2			Personne 3			Personne 4		
	Choix			Choix			Choix			Choix		
Plans 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. ASSURANCE DEPENDANCE

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Choisissez la formule: Basic, Classic, Comfort, Top				
Début 01 (mois/année)	/	/	/	/

3.3. REVENU GARANTI (Veuillez annexer une copie des 3 derniers avertissements - extraits de rôle)

Nom: Prénom:

Début 01 (mois/année) <input type="text"/> / <input type="text"/>	Rente:	Age terme:	Risque assuré:
Rente annuelle (1):	<input type="checkbox"/> Indexée	<input type="checkbox"/> 65 ans (Age terme légal)	<input type="checkbox"/> Maladie et tous accidents
Carence <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 365 j.	<input type="checkbox"/> Croissante	<input type="checkbox"/> 60 ans - motif: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Maladie et accidents privés
Rachat de carence de 30 jours: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> 55 ans - motif: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Maladie

(1) examens médicaux complémentaires requis si rente > € 22.500

Date de début de la profession sous statut d'indépendant à assurer:

Description précise des activités de la profession à assurer:

Déplacement professionnel en U.E.: Non Oui Déplacement professionnel hors U.E.: Non Oui
Si oui, dans quels pays?

Bénéficiaire des indemnités: Preneur d'assurance Assuré Autre
Si autre: Nom ou dénomination: Prénom:

Adresse:

N° d'identification du registre national: - N° d'entreprise:

3.4. POLICE EXISTANTE OU PRECEDENTE AUPRES D'UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE / MUTUALITE / DKV

Non Oui, n° police: Type de garantie: Cie:
 En cours Résiliée Police groupe Police indiv. Capital ou rente si couverture invalidité:

DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

- Je sais que la proposition d'assurance est composée d'un questionnaire administratif et d'un questionnaire médical et tend à la conclusion d'un contrat d'assurance auprès de DKV Belgium S.A. Les conditions d'assurances sont fixées par l'émission de la police, sous réserve de la réception préalable par l'assureur des 2 questionnaires précités et, le cas échéant, de l'avenant au contrat d'assurance signé, établi conformément à la loi sur le contrat d'assurance terrestre.
- 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 déclare avoir reçu une copie, certifiée conforme, de la présente proposition d'assurance, ainsi qu'un exemplaire des Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance dont j'accepte le contenu et l'application. Celles-ci sont disponibles sur le site www.dkv.be.
- 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 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, le montant dépassant le capital assuré, les frais non couverts relatifs au cas d'assurance, les frais refusés par l'assureur. 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 ou avant la date d'expiration des stages éventuels, je reconnais être redevable des frais payés par l'assureur à l'hôpital. L'utilisation de la Medi-Card® peut être retirée dans les cas prévus dans la rubrique Medi-Card® des Conditions Tarifaires d'Assurance. 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.
- En cours d'exécution du contrat et conformément à la législation en vigueur, je m'engage à communiquer sans délai et par écrit à l'assureur les changements au niveau du statut social et du statut mutuelle. De plus, je m'engage, en cas de souscription à un plan de type 'incapacité de travail' auprès de l'assureur, à communiquer sans délai et par écrit toute modification relative aux activités professionnelles assurées.
- 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 indemnités, l'établissement de statistiques et la promotion. Je déclare être informé(e) de l'existence de mon droit de m'opposer, sur demande et gratuitement, au traitement de données à caractère personnel à des fins de promotion; il existe un droit d'accès et de rectification en ce qui concerne ces données.
- Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée au service Ombudsman de DKV Belgium S.A.: ombudsman@dkv.be et en 2^{ème} ressort 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 du preneur d'assurance ou du représentant légal:
Date:/...../.....

Avis de domiciliation:

N° police:

Je soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination donne autorisation à DKV Belgium S.A. (n° d'identification 0000059188), 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, le montant dépassant le capital assuré, les frais non couverts relatifs au cas d'assurance, les frais refusés par l'assureur, en débitant mon compte n°: - -

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

Proposition d'assurance



QUESTIONNAIRE MEDICAL - CONFIDENTIEL

Veillez répondre de manière exacte et complète à toutes les questions ci-dessous.

N° de police:

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

Nom ou dénomination:

Prénom:

Rue:

N°:

Boîte:

Code postal:

Ville:

Pays:

Téléphone / GSM:

2. DONNEES RELATIVES AUX PERSONNES A ASSURER

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Nom				
Prénom				
N° d'identification du registre national:(1)				
Rue				
N° + bte				
Code postal				
Ville				
Date de naissance (jj/mm/aaaa)				

(1) Voir verso carte d'identité

3a. QUESTIONNAIRE MEDICAL DES PERSONNES A ASSURER

DIRECTIVES

- Veuillez répondre en entourant la case exacte 'oui' ou 'non' et également de manière chiffrée aux questions 5.2, 5.3, 6.2. et 10. Utilisez le point 3.b. au verso pour toute information complémentaire.
- Les réponses avec des tirets seront considérées comme négatives.
- Les réponses aux questions reprises aux rubriques 3a et 3b, 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. Ces antécédents médicaux constituent pour DKV Belgium S.A. des éléments d'appréciation du risque, et doivent être déclarés complètement (voir entre autre question 9 de la rubrique 3a).**
- Les informations médicales communiquées sont traitées conformément à la réglementation relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à celle relative à la protection du secret médical.
- N'hésitez pas à nous envoyer tous les documents qui pourraient nous aider à mieux évaluer le risque.

	Personne 1		Personne 2		Personne 3		Personne 4	
1. Avez-vous au cours des 7 dernières années, été hospitalisé (y compris hôpital de jour)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
2. Avez-vous eu au cours des 3 dernières années, des symptômes, été malade, en traitement, victime d'un accident sans avoir été hospitalisé (y inclus un traitement dentaire)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
3.1. Etes-vous atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
3.2. Une anomalie a-t-elle été constatée au cours d'examen médicaux (par ex. examen sanguin ou cardiaque, imagerie médicale telle que RX, CT scan, RMN, échographie, ...)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.1. Prenez-vous des médicaments? Lesquels? Pour quelle(s) raison(s)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.2. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, suivi un régime, un traitement de kinésithérapie, de logopédie ou de psychothérapie? Au cours de cette même période, avez-vous été traité par homéopathie, acupuncture, chiropraxie ou ostéopathie?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
4.3. Un traitement (sans médicament) ou examen - en milieu hospitalier ou en dehors - , est-il actuellement en cours, prévu ou conseillé?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5.1. Avez-vous déjà été en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5.2. Etes-vous actuellement ou avez-vous été en incapacité de travail totale ou partielle? Pour quelle(s) raison(s)? Depuis quand? Pourcentage?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5.3. Etes-vous actuellement ou avez-vous été en invalidité ou en perte d'autonomie? Pour quelle(s) raison(s)? Depuis quand? Pourcentage?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
6.1. Suivez-vous actuellement - en milieu hospitalier ou en dehors - un traitement dentaire (y compris orthodontie) ou stomatologique ou parodontologique? Un tel traitement est-il prévu ou conseillé? Quel est ce traitement?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
6.2. Des dents ont-elles été remplacées, sont-elles manquantes? Si oui, quel est le nombre de dents remplacées et/ou manquantes, même partiellement (hormis les dents de sagesse)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
7. Etes-vous dépendant de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne? Une telle aide est-elle prévue ou conseillée? Pour quelle(s) raison(s) et quels types d'actes? Quel nombre d'heures par jour?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
8. Etes-vous enceinte actuellement?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
9. Avez-vous d'autres renseignements concernant votre état de santé à nous communiquer?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
10. Quels sont votre taille et poids actuels? En cas de grossesse en cours, veuillez indiquer votre poids avant cette grossesse.	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg

66.616_FR_8_200812

3b. PRECISIONS CONCERNANT LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE MEDICAL (questions 1 à 10 incluses)

	Nature de la maladie, du symptôme, de l'accident, du handicap, de l'examen, du traitement, de l'incapacité de travail, de l'aide d'une tierce personne.	Année, période de traitement, d'hospitalisation, d'incapacité de travail, de l'aide d'une tierce personne.		Précisez les examens et/ou traitements prévus ou conseillés, les séquelles, l'incapacité de travail et/ou l'invalidité de type économique ou physiologique (indiquez les pourcentages attribués ou prévus).
		DU	AU	
Personne 1 Question n°:				
Personne 2 Question n°:				
Personne 3 Question n°:				
Personne 4 Question n°:				

4. ENVOI DU QUESTIONNAIRE MEDICAL

Si vous le souhaitez, vous pouvez détacher ce questionnaire médical et l'envoyer sous pli confidentiel à DKV Belgium S.A., à l'attention du médecin-conseil, Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles. De même chaque candidat-assuré qui le souhaite peut obtenir auprès de son intermédiaire d'assurances, ou sur le site www.dkv.be un exemplaire du questionnaire médical qu'il peut remplir et renvoyer séparément.

DECLARATIONS DE LA PERSONNE A ASSURER

- Je sais que la proposition d'assurance est composée d'un questionnaire administratif et d'un questionnaire médical et tend à la conclusion d'un contrat d'assurance auprès de DKV Belgium S.A. Les conditions d'assurances sont fixées par l'émission de la police, sous réserve de la réception préalable par l'assureur des 2 questionnaires précités et, le cas échéant, de l'avenant au contrat d'assurance signé, établi conformément à la loi sur le contrat d'assurance terrestre.
- 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 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, le montant dépassant le capital assuré, les frais non couverts relatifs au cas d'assurance, les frais refusés par l'assureur. 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 ou avant la date d'expiration des stages éventuels, je reconnais être redevable des frais payés par l'assureur à l'hôpital.

L'utilisation de la Medi-Card® peut être retirée dans les cas prévus dans la rubrique Medi-Card® des Conditions Tarifaires d'Assurance. 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.

6. En cours d'exécution du contrat et conformément à la législation en vigueur, je m'engage à communiquer sans délai et par écrit à l'assureur les changements au niveau du statut social et du statut mutuelle. De même, je m'engage, en cas de souscription à un plan de type 'incapacité de travail' auprès de l'assureur, à communiquer sans délai et par écrit toute modification relative aux activités professionnelles assurées.

7. 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. Je déclare être informé(e) de l'existence de mon droit de m'opposer, sur demande et gratuitement, au traitement de données à caractère personnel à des fins de promotion; il existe un droit d'accès et de rectification en ce qui concerne ces données.

8. Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée au service Ombudsman de DKV Belgium S.A.: ombudsman@dkv.be et en 2^{ème} ressort 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:/...../.....