

# Proposition d'assurance



DKV BELGIUM

A member of the ERGO insurance group

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

INTERMEDIAIRE:

Numéro:

ACCOUNT MANAGER:

Nom / cachet de l'intermédiaire: \_\_\_\_\_

N° DE POLICE:

Référence: \_\_\_\_\_

### 1. 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'assurance

CORRESPONDANCE A

Preneur d'assurance   
Intermédiaire d'assurance

CODE LINGUISTIQUE

Français  Allemand   
Néerlandais  Anglais

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

DEBUT DE LA POLICE SOUHAITE: 01/\_\_\_/20\_\_\_

### 2. DONNEES RELATIVES AUX PERSONNES 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	N	All	Ang	F	N	All	Ang	F	N	All	Ang				
Etat civil <sup>(1)</sup>	C	CO	D	M	V	C	CO	D	M	V	C	CO	D	M	V	C	CO	D	M	V
Profession principale																				
Profession complémentaire																				
Sport amateur																				
Sport professionnel																				
Statut social <sup>(2)</sup>	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F				
Statut mutuelle <sup>(3)</sup>	Autre:					Autre:					Autre:					Autre:				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	Autre:					Autre:					Autre:					Autre:				

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

#### Plans santé:



Assurances Hospitalisation



Assurance Dépendance



Assurances Frais Ambulatoires



Indemnité Journalière



Assurance Revenu Garanti

#### Perte de revenu:

### 3. CHOIX DES GARANTIES

#### 3.1 PLANS SANTÉ (sauf Revenu Garanti)

	Personne 1			Personne 2			Personne 3			Personne 4		
	Choix			Choix			Choix			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

Nom:

Prénom:

Début 01 (mois/année)	/	Genre de rente:	Age terme:	Risque assuré:	Description des activités de la profession principale et complémentaire:
Capital:		<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 CIE / MUTUALITE / DKV BELGIUM

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.
- 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 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 les droits et obligations découlant de l'utilisation de la Medi-Card®. 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. Je sais qu'en cas d'usage abusif de la carte, mon droit à l'utiliser peut m'être retiré.
- Le preneur d'assurance autorise DKV BELGIUM, qui est maître du fichier et dont le siège social est situé en Belgique, (Bld. Bischoffsheim 1-8 à 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. Il autorise aussi DKV BELGIUM à communiquer au GIE Datassur (situé 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles - services 'fichiers') les données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et sinistres y relatifs. La loi sur la protection de la vie privée offre aux personnes assurées un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du maître du fichier et de Datassur. En plus, elles peuvent consulter le registre public auprès de la Commission de la protection de la vie privée.
- Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l'Office de Contrôle des Assurances (Avenue de Cortenberg 61, 1000 Bruxelles) ou 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 (+ 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 (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 ou ceux exclus de la garantie d'assurance, en débitant mon compte n°:  -  -

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

# Proposition d'assurance



DKV BELGIUM

A member of the ERGO insurance group

## 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: Bld. Bischoffsheimlaan 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](http://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 4 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 cochant 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 l'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.

### 1. PRENEUR D'ASSURANCE

N° de police:

Nom ou dénomination:

Prénom:

Rue:

Numéro:

Boîte:

Code postal:

Localité / Pays:

Téléphone où me joindre:

### 2. QUESTIONNAIRE MEDICAL

Personne 1: Nom: \_\_\_\_\_ Personne 3: Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance:

Date de naissance:

Personne 2: Nom: \_\_\_\_\_ Personne 4: Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance:

Date de naissance:

	Personne 1		Personne 2		Personne 3		Personne 4	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
1. Avez-vous, au cours des 7 dernières années, été hospitalisé un ou plusieurs jours?								
2. Avez-vous, au cours des 3 dernières années, été malade, victime d'un accident, en traitement (y inclus un traitement dentaire)?								
3.1 Une affection chronique, une malformation congénitale ou un handicap a-t-il été constaté?								
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)?								
4.1 Etes-vous pour l'instant en traitement médicamenteux pour un accident ou une maladie?								
4.2 Dans le cadre d'une affection ou d'un changement de votre état de santé, avez-vous dernièrement suivi un régime, un traitement d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, de kinésithérapie ou de logopédie?								
4.3 Un traitement (examen ou opération) en <b>ambulatoire</b> ou en <b>milieu hospitalier</b> est-il en cours, prévu ou conseillé?								
5. Avez-vous déjà subi une incapacité de travail de plus de 3 semaines?								
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?								
7.1 Un traitement <b>dentaire</b> (prothèses, implants, orthodontie) en ambulatoire ou en milieu hospitalier est-il en cours, prévu ou conseillé?								
7.2 Des dents naturelles ont-elles été remplacées, sont-elles manquantes? Si oui, combien?								
8. Etes-vous dépendant de l'aide d'un tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne? Si oui, pourquoi?								
9. Etes-vous enceinte?								
10. Veuillez indiquer votre taille et poids actuels.	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg

### 3. PRECISIONS CONCERNANT LES REPONSES DU QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	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 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. ADRESSE DES PERSONNES 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 DES PERSONNES 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.
- 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'engagent 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 droits et obligations découlant de l'utilisation de la Medi-Card®. 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. Je sais qu'en cas d'usage abusif de la carte, mon droit à l'utiliser peut m'être retiré.
- Les personnes assurées autorisent DKV BELGIUM, qui est maître du fichier et dont le siège social est situé en Belgique, (Bld. Bischoffsheim 1-8 à 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. Elles autorisent aussi DKV BELGIUM à communiquer au GIE Datassur (situé 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles - services 'fichiers') les données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et sinistres y relatifs. La loi sur la protection de la vie privée offre aux personnes assurées un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du maître du fichier et de Datassur. En plus, elles peuvent consulter le registre public auprès de la Commission de la protection de la vie privée.
- Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l'Office de Contrôle des Assurances (Avenue de Cortenbergh 61, 1000 Bruxelles) ou 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: ...../...../.....