

Proposition d'assurance



QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

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

Numéro: Intermédiaire d'assurances: **Inspecteur DKV AMD Pol Lescot**

Account Manager: 892305

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

N° de police: _____

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

M. Mlle Mme Firme

Nom ou dénomination: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Commune: _____ Pays: _____

Téléphone / GSM: _____

Adresse e-mail: _____

N° de compte IBAN: _____ N° BIC: _____ N° d'identification du registre national:⁽¹⁾ _____

N° d'entreprise: _____

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																
Régime linguistique	F	H	F	Ang	F	H	F	Ang	F	H	F	Ang	F	H	F	Ang
Etat civil ⁽²⁾	I	Co	M		I	Co	M		I	Co	M		I	Co	M	
Profession principale																
Profession complémentaire																
Sport amateur																
Sport professionnel																
Statut social ⁽³⁾	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F	O	E	I	F
Statut mutualité ⁽⁴⁾	Autre: _____				Autre: _____				Autre: _____				Autre: _____			
	0	2	3		0	2	3		0	2	3		0	2	3	
	Autre: _____				Autre: _____				Autre: _____				Autre: _____			

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

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

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

Type de garanties DKV

Plans santé:

Assurance Hospitalisation

Assurance Dépendance

Assurance Revenu Garanti

Assurance Frais Ambulatoires

Indemnité Journalière d'Hospitalisation

Indemnité Journalière d'Incapacité de travail

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:

Rue:

Commune:

Pays:

Prénom:

N°:

Boîte:

Code postal:

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				
Commune				
Date de naissance (jj/mm/aaaa)				

(1) Voir verso carte d'identité

3a. QUESTIONNAIRE MEDICAL DES PERSONNES A ASSURER

DIRECTIVES

- Veillez répondre en entourant la case exacte 'oui' ou 'non' et également de manière chiffrée aux questions 5.1., 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'examens 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 ou examen - en milieu hospitalier ou en dehors -, est-il actuellement en cours, prévu ou conseillé? Quel est le traitement?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5.1. Avez-vous déjà été en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines? Pour quelle(s) raison(s)? Pourcentage? Période(s)?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
5.2. Etes vous actuellement 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 invalide? Pour quelle(s) raison(s)? Depuis quand? Pourcentage?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
6.1. Un traitement dentaire (y compris orthodontie, stomatologie ou parodontologie) en milieu hospitalier ou en dehors est-il actuellement en cours, prévu ou conseillé?	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 actuellement en perte d'autonomie et/ou 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? Combien d'heures par jour?	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
8. Etes-vous actuellement enceinte?	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

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'invalidité, de l'aide d'une tierce personne.	Année, période de traitement, d'hospitalisation, d'incapacité de travail, de l'invalidité, 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 (DES) PERSONNE(S) 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 DKV Belgium S.A. 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 DKV Belgium S.A. 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 DKV Belgium S.A. à conclure le contrat; je sais cependant que si, dans les 30 jours de la réception de la proposition d'assurance, DKV Belgium S.A. 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 DKV Belgium S.A. tout changement concernant les renseignements fournis survenu avant l'émission de la police.
- La Medi-Card® est octroyée lors de la souscription au plan IS2000, H et H+. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires de ces plans pour l'utilisation de la Medi-Card®.
- Pendant la durée du contrat et conformément à la législation en vigueur, je m'engage à communiquer sans délai et par écrit à DKV Belgium S.A. les changements au niveau du statut social et du statut mutualité. De même, je m'engage, en cas de souscription à un plan de type 'incapacité de travail' auprès de DKV Belgium S.A., à lui 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 2ème 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:/...../.....