

# Proposition d'assurance



## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

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

Intermédiaire d'assurances:  
Numéro: **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'entreprise: \_\_\_\_\_

POLICE A:  
 Preneur d'assurance  
 Intermédiaire d'assurances

CORRESPONDANCE:  
 Preneur d'assu  
 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

### 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	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang	F N All Ang
Etat civil <sup>(1)</sup>	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M	I Co M
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	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F	O E I F
Statut mutualité <sup>(3)</sup>	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3	Autre: 0 2 3

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

### Type de garanties DKV

Plans santé:

Plans Perte de Revenu:

Assurance Hospitalisation

Assurance Dépendance

Perte de Revenu

Assurance Frais Ambulatoires

### 3. CHOIX DES GARANTIES

3.1. PLANS SANTÉ (en cas de souscription au plan Horizon, au plan Soins Dentaires ou à l'option 'Maladies Graves', 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/jour (Ind. Journalière)												

### 3.2. ASSURANCE DEPENDANCE

	Personne 1				Personne 2				Personne 3				Personne 4			
Choisissez la formule:	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top				<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top				<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top				<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top			
Option Exo:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Début 01 (mois/année)	/				/				/				/			

3.3. PLANS PERTE DE REVENU (veuillez annexer une preuve de vos revenus professionnels des 3 dernières années et pour l'option Plan 'Business' le listing de vos dépenses professionnelles fixes des 3 dernières années également)

Personne à assurer : Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Début 01 (mois/année):  /

PLAN	RENTE / FORMULE	CARENCE	RENTE ANNUELLE
<input type="checkbox"/> RG Continuity + Exo	<input type="checkbox"/> Indexée <input type="checkbox"/> Croissante <input type="checkbox"/> Constante Formule : <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> rachat 30 J <input type="checkbox"/> 30 J <input type="checkbox"/> 60 J <input type="checkbox"/> 90 J <input type="checkbox"/> 180 J <input type="checkbox"/> 365 J	€ .....
<input type="checkbox"/> RG âge terme 65 ans ou <input type="checkbox"/> RG autre durée: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 ans	<input type="checkbox"/> Indexée <input type="checkbox"/> Croissante <input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> rachat 30 J <input type="checkbox"/> 30 J <input type="checkbox"/> 60 J <input type="checkbox"/> 90 J <input type="checkbox"/> 180 J <input type="checkbox"/> 365 J	€ .....
<input type="checkbox"/> Option Business	<input type="checkbox"/> Indexée <input type="checkbox"/> Croissante <input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> rachat 30 J <input type="checkbox"/> 30 J <input type="checkbox"/> 60 J <input type="checkbox"/> 90 J <input type="checkbox"/> 180 J <input type="checkbox"/> 365 J	€ .....

Description précise des activités professionnelles: \_\_\_\_\_

Date de début de la profession sous statut d'indépendant: \_\_\_\_\_

Déplacement professionnel hors Belgique et en U.E.:  Oui  Non

Déplacement professionnel hors U.E.:  Oui  Non

Si oui, dans quels pays? \_\_\_\_\_

Si oui, dans quels pays? \_\_\_\_\_

Bénéficiaire des indemnités:  Preneur d'assurance  Assuré  Société  Autre

Si société ou autre: Nom ou dénomination: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### 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 Perte de Revenu: \_\_\_\_\_

### 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'assurance 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 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, 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, DKV Belgium S.A. s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La signature de la proposition d'assurance ne fait pas débiter la couverture.
- Je m'engage à communiquer par écrit à DKV Belgium S.A. tout changement de mon état de santé survenu avant l'émission de la police.
- La Medi-Card® est octroyée lors la souscription des produits d'assurance de DKV Belgium S.A. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires

- d'Assurance 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 plus, je m'engage, en cas de souscription à un plan de type 'Perte de Revenu' auprès de DKV Belgium S.A., à communiquer sans délai et par écrit toute modification relative aux activités professionnelles assurées. En cas de souscription au plan RG pour une autre durée que l'âge terme 65 ans, je confirme que celle-ci est à ma demande et correspond à mon intérêt.
- 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<sup>ème</sup> ressort à l'Ombudsman des assurances (Square de Meëus 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:

compte n° IBAN:

n° BIC:

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, 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 ci-dessus.

Signature:

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

# Proposition d'assurance



## QUESTIONNAIRE MEDICAL - CONFIDENTIEL

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

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:

N°:

Boîte:

Code postal:

Commune:

Pays:

Téléphone / GSM:

### 2. DONNEES RELATIVES AUX PERSONNES A ASSURER

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Nom				
Prénom				
Rue				
N° + bte				
Code postal				
Commune				
Date de naissance (jj/mm/aaaa)				

### 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 5.1., 5.2., 5.3., 6.2., 7 et 10. Utilisez le point 3.b. au verso pour toute information complémentaire également si vous avez répondu 'oui' à une ou plusieurs questions.
- 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.
- L'omission et/ou l'inexactitude intentionnelles dans les déclarations peuvent entraîner l'annulation des garanties souscrites avec conservation des primes payées conformément aux dispositions de l'art. 6 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

	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 au cours des 3 dernières années eu 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. Ces 12 derniers mois, avez-vous suivi un régime ou un traitement particulier (kinésithérapie, logopédie, psychothérapie, homéopathie, acupuncture, chiropraxie, 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?	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 (couronnes, bridges, implants)?	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 juste 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 et localisation précises (par exemple droite ou gauche) 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.		Etat de santé actuel: 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](http://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'assurance 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, DKV Belgium S.A. s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La signature de la proposition d'assurance ne fait pas débuter la couverture.
- Je m'engage à communiquer par écrit à DKV Belgium S.A. tout changement de mon état de santé survenu avant l'émission de la police.
- La Medi-Card® est octroyée lors de la souscription des produits d'assurance de DKV Belgium S.A. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires d'Assurance 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 plus, je m'engage, en cas de souscription à un plan de type 'Perte de Revenu' auprès de DKV Belgium S.A., à communiquer sans délai et par écrit toute modification relative aux activités professionnelles assurées. En cas de souscription au plan RG pour une autre durée que l'âge terme 65 ans, je confirme que celle-ci est à ma demande et correspond à mon intérêt.
- 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.

<p><b>Signature de la (des) personne(s) majeure(s) à assurer ou du représentant légal:</b></p>  <p><b>Date:</b> ...../...../.....</p>
---