



PROPOSITION
D'ASSURANCE
«INDIVIDUELLE
ACCIDENT»

1. Nous pouvons uniquement donner suite à une proposition complètement remplie et signée par le proposant. Des traits ne sont pas acceptés en tant que réponse.
2. Faire une X dans les qui conviennent.

- Nouvelle affaire Producteur n°.....
- Remplacement du contrat n°..... Nom:.....
- Avenant au contrat n°..... Adresse:.....
- Réf. prod.:.....

IDENTITE DU PROPOSANT (Preneur d'assurance)

Mr. - Mad. - Mlle. Nom et Prénom
SA - SPRL

.....
Adresse N°. et Boîte

.....
Code Postal Commune

.....
N°. téléphone: Privé: Bureau:

IDENTITE DE L'ASSURE

Mr. - Mad. - Mlle. Nom et Prénom

.....
Adresse N°. et Boîte

.....
Code Postal Commune

.....
Profession de l'assuré:

Date de naissance : a) de l'assuré:

N° de téléphone: Privé: Bureau:

Situation matrimoniale:

Prière de fournir une réponse explicite à chaque question sans recourir à de simples traits.

1) Quelle est la couverture requise?

24 h sur 24? Non Oui

Vie Privée uniquement? Non Oui

2) Quelle est la profession exacte de l'assuré?

.....
.....
.....

L'assuré exerce-t-il une profession secondaire? Non Oui (laquelle)

L'assuré exerce-t-il du travail manuel? Non Oui

L'assuré travaille-t-il avec des machines avec force motrice? Non Oui (lesquelles)

3) Quels sports l'assuré exerce-t-il?

.....
.....
.....

En tant qu'amateur? Non Oui

A quel niveau?

L'assuré conduit-il une moto? Non Oui de cc

Ces risques doivent-ils être assurés? Non Oui

4) Quelle est la situation médicale actuelle de l'assuré?

.....
.....
.....

L'assuré a-t-il une invalidité permanente? Non Oui de . . . % pour

A-t-il une ouïe et une vue normales? Non Oui

Quelle est sa taille et son poids?
M
Kg

5) L'assuré est-il droitier?

Non Oui

L'assuré est-il gaucher? Non Oui

L'assuré est-il ambidextre? Non Oui

6) L'assuré souffre-t-il des maladies suivantes?

Non Oui (lesquelles)

Arthrite, rhumatismes, épilepsie, apoplexie, dérangements mentaux, troubles cardiaques,



diabétique, tuberculose, hernie, cancer, varices, troubles d'estomac et intestinales, paralysie, néphrite, maladies du système nerveux

L'assuré a-t-il déjà été hospitalisé?

Non Oui (quand, pour quelle durée, pourquoi, conséquences)

7) Nom et adresse du médecin traitant

8) Disposez-vous d'une seconde résidence en Belgique ou à l'étranger? Non Oui (où)

9) Combien de temps résidez-vous à l'étranger par année?

10) Une compagnie ou un assureur a-t-il: Si oui, pourquoi?

Décliné une proposition d'assurance de votre part? Non Oui

Résilié ou refusé de renouveler une de vos assurances? Non Oui

Modifié les conditions de vos assurances? Non Oui

11) Avez-vous même sans être couvert par un contrat d'assurance été victime d'un accident? Non Oui si oui, prière d'en donner le détail (date, circonstances, conséquences):

12) Etes-vous assuré ou avez-vous été assuré pour les accidents personnels ? Si oui, indiquez la compagnie d'assurances. Non Oui (laquelle)

13) Capitaux souhaités

. en cas de décès
bénéficiaire EUR.....

. en cas d'invalidité permanente
formule progressive 1 Non Oui
formule progressive 2 Non Oui
% d'invalidité permanente à ne pas en tenir compte %

en cas d'incapacité temporaire
délai de carence EUR.....
payable pendant Jours
Années

pour les frais médicaux EUR.....

QUERABILITE DE LA PRIME (à ne remplir qu'en cas d'encaissement de la prime par l'assureur chez une personne autre que le preneur d'assurance ou auprès d'un organisme financier).

N° de compte:- -.....

Mr. - Mad. - Mlle. Nom et Prénom
SA - SPRL

.....

Adresse N°. et Boîte

.....

Code Postal Commune

.....

DUREE - EFFET

Durée: Résiliable annuellement Non Oui

1 an sans plus Non Oui

Effet: le

Echéance annuelle:

MODE DE PAYEMENT

Annuel Non Oui

Semestriel Non Oui

Trimestriel Non Oui

DECLARATION: Je, soussigné, déclare par la présente que les détails et renseignements fournis sont complets et conformes à la réalité et que la présente déclaration ou toute autre déclaration faite

par moi ou en mon nom, aux fins de cette demande d'assurance, formera la base et fera partie intégrante du contrat à intervenir entre moi et les assureurs, c/o SA BDM.

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitements des données médicales me concernant (article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Si le proposant n'a pas écrit les réponses de sa main, il devra précéder sa signature des mots « Lu et approuvé »

Date: Signature du proposant:.....

RAPPORT DU PRODUCTEUR:

Je connais le signataire de la présente proposition depuis année(s). Il jouit d'une excellente réputation et je recommande aux assureurs d'accepter le risque.

Date: Signature du producteur:.....

La proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat preneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

La signature de la proposition par le candidat preneur d'assurance ne fait pas courir la couverture.

Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.