Courtier d'assurances

Proposition d'assurance

Questionnaire administratif

Solidas assurances DKV

N° de police : _____ **Référence :** _____

1. Identification du prestataire de service d'intermédiation en assurances

☑ **Avec intermédiaire d'assurances** **Nom ou dénomination de l'intermédiaire d'assurances :** SOLIDAS Assurances

Numéro DKV : 997645 **Numéro FSMA :** 108 248 A

En votre qualité de : ☐ **Courtier d'assurances**

☐ **Sous-agent d'assurances :** agissant sous la responsabilité de (nom du courtier d'assurances) :

L'intermédiaire d'assurances exerçant son activité en société renseigne les noms et adresses des entreprises d'assurances dans lesquelles il possède une participation directe ou indirecte, égale ou supérieure à 10% du capital ou du droit de vote :

Nom et adresse des compagnies d'assurances (ou compagnies mères) qui possèdent une participation directe ou indirecte égale ou supérieure à 10% du capital ou du droit de vote de l'agence :

2. 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 :** _____

Date de naissance : __ __ ____ **Nationalité :** _____

Rue : _____ **Numéro :** _____ **Boîte :** ___

Code postal : ____ **Commune :** _____ **Pays :** ___

Téléphone / GSM : _____ **Adresse e-mail :** _____

N° de compte IBAN : ____-____-____-____ **N° BIC :** _____

N° d'entreprise : _____

Police à : ☐ **preneur d'assurance** ☐ **intermédiaire d'assurances**

Correspondance à : ☐ **preneur d'assurance** ☐ **intermédiaire d'assurances**

Régime linguistique : ☐ **français** ☐ **néerlandais** ☐ **anglais** ☐ **allemand**

Paiement de la prime : ☐ **mensuel** (+3%) (domiciliation SEPA obligatoire) ☐ **trimestriel** (+3%) ☐ **semestriel** (+2%) ☐ **annuel**

Mode de paiement : ☐ **domiciliation SEPA** ☐ **virement** ☐ **intermédiaire d'assurances**

Mode de communication : ☐ **électronique** ☐ **papier**

3. Identification des personnes à assurer

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Nom				
Prénom				
Sexe	☐ H ☐ F	☐ H ☐ F	☐ H ☐ F	☐ H ☐ F
Date de naissance (jj/mm/aaaa)				
Lieu de naissance (commune/pays)	/	/	/	/
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
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
Statut mutualité (3)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	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 mutualité : **0** = Pas de mutualité - **1** = Régime commun d'assurance maladie des Institutions Européennes - **2** = Mutualité belge - Si autre, lequel ?

Continuez au verso

66616_FR_19_202001

4. Choix du candidat preneur d'assurance

4.1. ☐ **Assurance hospitalisation**
DKV Hospi Select, DKV Hospi Flexi

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Plan d'assurance choisi :				
Début 01/**mois/année**	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....
Contribution personnelle				

4.2. ☐ **Assurance soins de santé** - en chambre à 2 lits et frais ambulatoires sans hospitalisation (visites, consultations, prestations paramédicales, ...)
DKV Medi Pack

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Début 01/**mois/année**	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....

4.3. ☐ **Assurance frais ambulatoires -** sans hospitalisation (visites, consultations, prestations paramédicales, ...)
Plan A2 / Plan A2+

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Plan d'assurance choisi :				
Début 01/**mois/année**	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....
Franchise				

4.4. ☐ **Assurance soins dentaires**
DKV Smile (souscription online possible sur www.dkv.be)

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Début 01/**mois/année**	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....

Plan Soins dentaires (information pour la souscription sur www.dkv.be)

4.5. ☐ **Assurance dépendance complémentaire**
DKV Home Care

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Formule choisie :	☐Basic ☐Classic ☐Comfort ☐Top	☐Basic ☐Classic ☐Comfort ☐Top	☐Basic ☐Classic ☐Comfort ☐Top	☐Basic ☐Classic ☐Comfort ☐Top
Option Exo (exonération prime) :	☐ **oui** ☐ **non**	☐ **oui** ☐ **non**	☐ **oui** ☐ **non**	☐ **oui** ☐ **non**
Début 01/**mois/année**	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....	01/..... /20.....

4.6. ☐ **Assurance 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 :** 01/..... /20.....

PLAN(S) CHOISI(S)	RENTE / FORMULE	CARENCE	RENTE ANNUELLE
☐ **RG Continuity+ Exo**	☐ **Indexée** ☐ **Croissante** ☐ **Constante** Formule: ☐ **Basic** ☐ **Classic** ☐ **Comfort** ☐ **Top**	☐ **rachat 30 j** ☐ **30 j** ☐ **60 j** ☐ **90 j** ☐ **180 j** ☐ **365 j**	€ _____
ou ☐ **RG âge terme 65 ans** ☐ **RG autre durée :** ☐ **5** ☐ **10** ☐ **15** ☐ **20** ☐ **25 ans**	☐ **Indexée** ☐ **Croissante** ☐ **Constante**	☐ **rachat 30 j** ☐ **30 j** ☐ **60 j** ☐ **90 j** ☐ **180 j** ☐ **365 j**	€ _____
☐ **Option Business**	☐ **Indexée** ☐ **Croissante** ☐ **Constante**	☐ **rachat 30 j** ☐ **30 j** ☐ **60 j** ☐ **90 j** ☐ **180 j** ☐ **365 j**	€ _____

Description précise des activités professionnelles pour lesquelles la personne à assurer en retire un revenu professionnel : _____

Date de début sous statut d'indépendant : _____ **Avez-vous exercé une activité similaire auparavant ?** ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, sous quel statut ?_____**Date de début :**_____**Date de fin :** _____

Déplacement et/ou séjour professionnel hors Belgique : ☐ **oui** ☐ **non** **Si oui, dans quels pays ?** _____

Séjour effectif à l'étranger : plus de 6 mois par an : ☐ **oui** ☐ **non**

Bénéficiaire des indemnités : ☐ **preneur d'assurance** ☐ **assuré** ☐ **autre**

Si autre : Nom ou dénomination : _____ **Prénom :** _____ **Adresse :** _____

4.7. Police existante ou précédente auprès d'une autre compagnie d'assurance/mutualité/DKV : ☐ **non**

☐ **oui, n° de police :**_____**type :**_____**cie :**_____ ☐ **en cours** ☐ **résiliée** ☐ **police groupe** ☐ **police indiv.**

Capital ou rente si couverture perte de revenu : _____

Déclarations du preneur d'assurance

1. 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 relative aux assurances.
2. Je confirme avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information précontractuelle et de la description de la politique de gestion des conflits d'intérêts, de la déclaration 'Vie privée' de DKV Belgium S.A. également disponibles sur le site www.dkv.be.
3. Je reconnais avoir été expressément informé des caractéristiques spécifiques, de la portée et des limites (y compris les exclusions prévues dans les Conditions Générales, Tarifaires d'Assurance et les Documents d'Information Produit de l'assurance maladie choisie).
4. Je confirme avoir reçu et pris connaissance et expressément accepté les termes de la présente proposition d'assurance, ainsi que des Conditions Générales, Tarifaires d'Assurance et des Documents d'Information Produit de l'assurance maladie choisie, également disponibles sur le site **www.dkv.be**.
5. Je sais que seul l'assureur DKV Belgium S.A. est responsable de l'acceptation du risque et de la conclusion du contrat d'assurance sur la base des données personnelles des personnes à assurer reprises sur la proposition d'assurance/le formulaire de souscription. Les conditions d'acceptation sont formulées dans les conditions particulières d'assurance. Je sais que l'intermédiaire d'assurance recevra une copie de la police reprenant les éventuelles limitations et/ou surprimes.
6. En cas de souscription d'un contrat d'assurance à distance (c-à-d sans présence physique et simultanée de l'assureur et/ou de l'intermédiaire d'assurances d'une part et du preneur d'assurance d'autre part), je confirme avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance d'un plan d'assurance.
7. Je déclare que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes et qu'elles m'engagent même si un tiers les a fournies et/ou complétées.
8. 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.
9. 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.
10. La Medi-Card® est octroyée lors de la souscription d'un plan d'assurance de DKV Belgium S.A. le prévoyant contractuellement. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires d'Assurance pour l'utilisation de la Medi-Card®.
11. Les données à caractère personnel seront traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Loxum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.
12. En cas de choix du mode de communication électronique, j'accepte que mon adresse e-mail soit également utilisée aux fins de communication et de gestion de mes relations (pré)contractuelles avec DKV. J'accepte d'être informé à l'avenir, indépendamment du mode de communication, sur les actions commerciales, les produits et les services de DKV. J'ai le droit de m'opposer à l'utilisation de mes données personnelles à des fins de marketing sur simple demande écrite auprès de DKV Belgium S.A.
13. En cas d'utilisation du mode de paiement 'domiciliation SEPA', je donne autorisation à DKV Belgium S.A., 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, la contribution personnelle, 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 bancaire endéans les 14 jours ouvrables de la notification par DKV Belgium S.A.
14. Toute plainte éventuelle quant à ce contrat ou aux services qui y sont liés peut être adressée au Service Quality Control de DKV Belgium S.A., intervenant sous le nom de DKV Belgium S.A. à 1000 Bruxelles, Rue de Loxum 25 (Tél : 02/287 64 11 – Fax : 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) ou en 2e ressort à l'Ombudsman des assurances à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 35 (Tél : 02/547 58 71 – Fax : 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

Signature du candidat preneur d'assurance
+ cachet de la firme

Date : ___ /___ / _____

Mandat de domiciliation européenne SEPA pour un prélèvement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez DKV Belgium S.A. | Rue de Loxum 25 | 1000 Bruxelles | Belgique | N° d'identifiant BE44ZZZ0414858607, d'une part à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et d'autre part vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DKV Belgium S.A. Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Je soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination_____donne autorisation à DKV Belgium S.A. (n° d'identification BE44ZZZ0414858607), 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, la contribution personnelle, 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-dessous endéans les 14 jours ouvrables de la notification.

Nom du titulaire de compte : _____

Adresse : _____

Code postal :_____Ville :_____Pays : _____

N° de compte IBAN : |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_| N° BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date (jj/mm/aaaa) : ___ /___ /_____ Lieu : _____

Signature du titulaire de compte :

Proposition d'assurance

Questionnaire médical - confidentiel (un questionnaire par personne)

Solidas assurances DKV

1. Personne à assurer

Nom : Prénom : Sexe : ☐ H ☐ F

Date de naissance :

Rue : Numéro : Boîte : Code postal :

Commune : Pays : Téléphone / GSM :

Lieu de naissance (commune/pays) :

Nationalité : Mode de communication : ☐ électronique ☐ papier

Adresse e-mail :

N° de compte IBAN (pour le remboursement de frais médicaux) : - - - N° BIC :

2. Preneur d'assurance (veuillez renseigner l'adresse du domicile ou celle du siège social du preneur d'assurance)

Numéro de police existant :

Nom ou dénomination : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Code postal :

Commune : Pays :

3. Informations

D'éventuels documents médicaux nous permettront, s'ils sont joints à ce questionnaire, de mieux traiter votre dossier. Si vous le souhaitez, vous pouvez envoyer ce questionnaire médical par courrier séparé à DKV Belgium S.A., à l'attention du médecin-conseil, Rue de Loxum 25, 1000 Bruxelles. De même, chaque personne à assurer 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.

La loi vous impose lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, de transmettre toutes les informations pertinentes et connues afin de permettre à l'assureur d'évaluer correctement le risque. Toute omission et/ou inexactitude(s) intentionnelle(s) peut (peuvent) mener à l'annulation des garanties souscrites avec conservation par l'assureur des primes versées, tel que mentionné à l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 sur les assurances.

Les réponses aux questions ci-dessous constituent le minimum indispensable pour l'assureur et vous aident lors de la déclaration complète de l'historique médical des personnes à assurer. Les données médicales qui nous sont transmises sont traitées au sein de notre compagnie en respect de la loi sur la vie privée et de la loi sur le droit des patients.

4. Questionnaire médical de la personne à assurer (pour le produit DKV Smile (soins dentaires), veuillez compléter le point 5)

4.A. : Avez vous été en consultation ou en traitement au cours des 5 dernières années ou prenez vous actuellement des médicaments pour une ou des affection(s) telle(s) que :

** Si oui, cochez la case à côté de l'affection concernée.*
*** Si 'autre affection', renseignez l'affection concernée.*

A. Affections du coeur, de la circulation sanguine et du sang ? ☐ Non ☐ Oui*

1. anémie ☐
2. affection de la valve cardiaque (y compris prothèse valvulaire) ☐
3. infarctus du myocarde ☐
4. affection des artères ☐
5. varices (non opérées) ☐
6. hypertension ☐
7. hyperlipidémie / hypercholesterolémie ☐
8. autre affection** ..... ☐

B. Affections du système nerveux ou musculaire ? ☐ Non ☐ Oui*

9. épilepsie ☐
10. sclérose en plaque ☐
11. hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral (accident vasculaire cérébral / AVC) ☐
12. migraine ☐
13. maladie de Parkinson ☐
14. maladie d'Alzheimer ☐
15. fatigue chronique ☐
16. fibromyalgie ☐
17. maladie de Lyme chronique ☐
18. autre affection** ..... ☐

C. Affections du système respiratoire ? ☐ Non ☐ Oui*

19. asthme ☐
20. rhinite allergique ☐
21. affections pulmonaires chroniques (emphysème, bronchite chronique) ☐
22. autre affection** ..... ☐

D. Affections de la peau ? ☐ Non ☐ Oui*

23. psoriasis ☐
24. eczéma ☐
25. autre affection** ..... ☐

E. Affections du système digestif, du foie ou de la paroi abdominale ? ☐ Non ☐ Oui*

26. reflux ☐
27. ulcère gastrique ☐
28. maladie de Crohn ☐
29. colite ulcéreuse ☐
30. affections du pancréas ☐
31. cirrhose du foie ☐
32. polype colon ☐
33. hernie inguinale (non opérée) ☐
34. hernie ombilicale (non opérée) ☐
35. hernie hiatale (non opérée) ☐
36. autre affection** ..... ☐

67115_FR_6_202001

Personne à assurer Nom : _____ **Prénom :** _____

F. Affections des yeux, nez, gorge ou oreilles ? ☐ Non ☐ Oui*

37. cataracte (non opérée) ☐
38. glaucome ☐
39. strabisme (loucher) (non opéré) ☐
40. perte de l'audition / prothèse auditive ☐
41. apnée du sommeil / ronflements excessifs ☐
42. cholestéatome (infection de l'oreille moyenne chronique) ☐
43. tinnitus (acouphènes chroniques) ☐
44. autre affection** ..... ☐

G. Troubles endocriniens ? ☐ Non ☐ Oui*

45. diabète ☐
46. affection thyroïdienne (goître, hyperthyroïdie, nodule thyroïdien) ☐
47. autre affection** ..... ☐

H. Affections des reins, des voies urinaires ou des organes génitaux ? ☐ Non ☐ Oui*

48. insuffisance rénale ☐
49. dialyse rénale ☐
50. pierres aux reins ☐
51. incontinence ☐
52. hyperplasie prostatique ☐
53. endométriose ☐
54. affections ovariennes (kystes, inflammation, ...) ☐
55. frottis (PAP) anormal ☐
56. autre affection** ..... ☐

I. Affections musculaires ou ostéo-articulaires ? ☐ Non ☐ Oui*

57. hernie discale cervicale (cou) ☐
58. hernie discale dorsale (haut du dos) ☐
59. hernie discale lombo-sacrée (bas du dos) ☐
60. douleur chronique du dos ☐
61. affections de l'épaule (luxation, épaule gelée, ...) ☐
    ☐ gauche ☐ droite
62. gonarthrose (arthrose des genoux) ☐
63. coxarthrose (arthrose des hanches) ☐
64. fracture : spécifiez ☐
    ☐ épaule gauche ☐ épaule droite
    ☐ hanche gauche ☐ hanche droite
    ☐ genou gauche ☐ genou droit
    ☐ vertèbre(s)
65. arthrite (rhumatismes, ...) ☐
66. déchirure / rupture des ligaments croisés du genou ☐
    ☐ gauche ☐ droit
67. déchirure / rupture du ménisque ☐
    ☐ gauche ☐ droit
68. hallux valgus (déviation du gros orteil) (non opéré) ☐
69. syndrome du canal carpien (non opéré) ☐
70. autre affection** ..... ☐

J. Maladies infectieuses ? ☐ Non ☐ Oui*

71. SIDA - HIV positif ☐
72. hépatite ☐
73. tuberculose ☐
74. autre affection** ..... ☐

K. Affections psychiques ou troubles du comportement ? ☐ Non ☐ Oui*

75. burn-out ☐
76. dépression ☐
77. psychoses (schizophrénie, maniaco-dépressivité, ...) ☐
78. abus d'alcool ☐
79. utilisation de drogues ☐
80. troubles de développement psychomoteur (hyperactivité) ☐
81. hyperkinésie ☐
82. autisme ☐
83. dysphorie de genre ☐
84. autre affection** ..... ☐

L. Affections malignes (cancer) ? ☐ Non ☐ Oui*

85. spécifiez (type, organe) ?
    ☐ colorectal ☐ gorge
    ☐ estomac ☐ thyroïde
    ☐ leucémie ☐ vessie
    ☐ mélanome ☐ prostate
    ☐ lymphome non-Hodgkin ☐ sein
    ☐ pancréas ☐ col de l'utérus
    ☐ poumon ☐ ovaire
    ☐ rein ☐ autre :

Avez-vous été traité par

86. - radiothérapie ? ☐ Non ☐ Oui
87. - chimiothérapie ? ☐ Non ☐ Oui

M. Traitements dentaires en cours, prévus ou conseillés ? ☐ Non ☐ Oui*

88. orthodontie ☐
89. parodontie ☐
90. prothèse, couronne, bridge ou implant ☐

N. Tests en cours, prévus ou conseillés ? ☐ Non ☐ Oui*

91. examen cardiovasculaire ☐
92. test du sommeil (polysomnographie) ☐

O. Avez-vous subi une transplantation d'organe ou êtes-vous sur une liste d'attente ? ☐ Non ☐ Oui*

Quel organe :

93. rein ☐
94. foie ☐
95. coeur ☐
96. autre : ..... ☐

P. Avez-vous un handicap ou êtes-vous invalide ? ☐ Non ☐ Oui*

Spécifiez : .....

Q. Etes-vous actuellement porteur d'une prothese ou un implant ? ☐ Non ☐ Oui*

97. prothèse mammaire ☐ gauche ☐ droite
98. prothèse de genou ☐ gauche ☐ droite
99. prothèse de hanche ☐ gauche ☐ droite
100. neurostimulateur ☐

R. Taille et poids actuels ?

101. taille .....cm
102. poids .....kg
    (en cas de grossesse en cours, veuillez indiquer votre poids juste avant cette grossesse)

S. Autre(s) affection(s) non mentionnée(s) ci-dessus ?

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

Une hospitalisation est-elle prévue ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, quand et pour quelle raison ? .....

Etes-vous enceinte ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, quelle est la date d'accouchement prévue ? .....

Fumez-vous quotidiennement ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, combien de cigarettes, cigares, ... par jour en moyenne ? .....

N'oubliez pas de signer la page suivante

Personne à assurer Nom : _____ **Prénom :** _____

4.B. : Questions supplémentaires pour une assurance dépendance complémentaire ou une assurance perte de revenu :

1. Avez-vous déjà été en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines ? ☐ Non ☐ Oui
Pour quelle(s) raison(s) ? Pourcentage ? Période(s) ?
.....

2. Etes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle ? ☐ Non ☐ Oui
Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ? Pourcentage ?
.....

3. Etes-vous actuellement invalide ? ☐ Non ☐ Oui
Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ? Pourcentage ?
.....

4. 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? ☐ Non ☐ Oui
Pour quelle(s) raison(s) et quels types d'actes ? Combien d'heures par jour ?
.....

5. Questionnaire médical spécifique pour DKV Smile (soins dentaires)

1. Avez-vous subi un traitement orthodontique ou un traitement similaire est-il en cours, prévu ou conseillé par votre dentiste ? ☐ Non ☐ Oui
Traitements avec un appareillage fixe ou amovible. Exemples : appareils, plaquettes ou autres traitements destinés à optimiser la disposition des dents.
.....

2. Avez-vous subi un traitement parodontique ou un traitement similaire est-il en cours, prévu ou conseillé par votre dentiste ? ☐ Non ☐ Oui
Traitement des affections au stroma des dents. Exemples : inflammations de la gencive, dégradation des maxillaires, dents déchaussées.
.....

3. Avez-vous subi un traitement prothétique avec un implant, un bridge ou une prothèse amovible (partielle ou complète) ou un traitement similaire est-il en cours, prévu ou conseillé par votre dentiste ? ☐ Non ☐ Oui
.....

4. Combien de dents vous manque-t-il, y compris les dents qui sont remplacées par un implant, un bridge ou une prothèse amovible (partielle ou complète) ? (les dents de sagesse et les dents de lait ne doivent pas être prises en compte)
.....

Déclarations spécifiques de la personne à assurer

1. 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 DKVBelgium 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 relative aux assurances.
2. Je déclare que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes et qu'elles m'engagent même si un tiers les a fournies et/ou complétées.
3. 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.
4. 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.
5. Sur base des données complétées dans le questionnaire médical et relatives à l'état de santé, DKV Belgium S.A. peut, le cas échéant, appliquer des limitations à l'étendue de la couverture d'assurance ou appliquer des surprimes en vue d'accorder la garantie d'assurance. Celles-ci sont mentionnées dans la police. Je sais que le preneur d'assurance et/ou l'intermédiaire d'assurance recevront une copie de la police reprenant les éventuelles limitations et/ou surprimes précitées. Les renseignements communiqués dans le questionnaire médical sont cependant strictement confidentiels et ne sont pas transmis au preneur d'assurance ni à l'intermédiaire d'assurance.
6. La Medi-Card® est octroyée lors de la souscription d'un plan d'assurance de DKV Belgium S.A. le prévoyant contractuellement. Dès réception de cette carte, je m'engage à respecter les Conditions Tarifaires d'Assurance pour l'utilisation de la Medi-Card®.
7. En cas de choix du mode de communication électronique, j'accepte que mon adresse e-mail soit également utilisée aux fins de communication et de gestion de mes relations (pré)contractuelles avec DKV. J'accepte d'être informé à l'avenir, indépendamment du mode de communication, sur les actions commerciales, les produits et les services de DKV. J'ai le droit de m'opposer à l'utilisation de mes données personnelles à des fins de marketing sur simple demande écrite auprès de DKV Belgium S.A.
8. Toute plainte éventuelle quant à ce contrat ou aux services qui y sont liés peut être adressée au Service Quality Control de DKV Belgium S.A., intervenant sous le nom de DKV Belgium S.A. à 1000 Bruxelles, Rue de Loxum 25 (Tél : 02/287 64 11 – Fax : 02/287 64 12 – qualitycontrol@dkv.be) ou en 2e ressort à l'ombudsman des assurances à 1000 Bruxelles, square de Meeûs (Tél : 02/547 58 71 – Fax : 02/275 59 75 – www.ombudsman.as).

Consentement pour le traitement de mes données personnelles relatives à la santé

1. Les données à caractère personnel récoltées via ce questionnaire médical seront traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Loxum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.
2. Je déclare avoir pris connaissance de la Déclaration Vie privée de DKV Belgium S.A. annexée à la présente (déclaration qui est également disponible sur le site web de DKV dkv.be sous la section 'Privacy' ou sur papier par requête adressée à DKV).
3. Je reconnais que mes données à caractère personnel concernant la santé ne peuvent être traitées qu'avec mon consentement. Toutefois, si je ne donne pas mon consentement, la conclusion et/ou la bonne exécution du contrat d'assurance peut être empêchée. Je reconnais en outre que j'ai le droit de retirer mon consentement en tout temps. Le retrait du consentement n'affecte pas la licéité du traitement sur la base du consentement préalable au retrait du consentement.
4. Je donne mon consentement explicite à DKV Belgium S.A. pour le traitement de mes données à caractère personnel concernant la santé (ou celles de la personne mineure dont je suis représentant légal) le cas échéant par le biais d'un traitement entièrement automatisé, sans l'intervention d'un professionnel de la santé, pour l'évaluation du risque, la gestion des relations (pré)contractuelles, de l'émission et d'exécution des contrats d'assurances, la gestion des indemnisations, l'éventuel contentieux, la prévention, la détection et les enquêtes sur la fraude à l'assurance, et la notification d'une modification du contrat d'assurance.

Déclarations spécifiques lues et approuvées.
Nom, prénom et signature, pour accord, de la personne majeure à assurer ou du représentant légal :

Nom : ..... **Prénom :** .....

Signature obligatoire :

Date : ___ / ___ / _____

Consentement pour le traitement de mes données personnelles relatives à la santé.
Nom, prénom et signature, pour accord, de la personne majeure à assurer ou du représentant légal :

Nom : ..... **Prénom :** .....

Signature obligatoire :

Date : ___ / ___ / _____