



HYPO PROTECT PRIVILEGE - Engagement Individuel de Pension

Coordonnées de l'intermédiaire :

N° d'agence :

Modification du contrat n° :

N° de dossier :

Code : Date d'impression :

Coordonnées

1. Preneur d'assurance (La société)

Nom de la société (en majuscules) :

Numéro d'entreprise :

Forme juridique de la société :

E-mail : Téléphone :

Adresse actuelle

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Adresse future

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

A partir du :

Merci de bien vouloir joindre au document une copie de la dernière version des statuts de la société.

2. Assuré(e)(Le dirigeant d'entreprise)

M. **Mme.**

Nom (en majuscules) : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Lieu de naissance :

N° carte d'identité : Date de validité :

Etat civil : Nom du conjoint :

Profession exercée en tant qu'indépendant :

E-mail : Téléphone :

Adresse actuelle

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Merci de bien vouloir joindre au document une copie de votre carte d'identité. En donnant votre adresse e-mail, vous donnez votre accord pour recevoir, par voie électronique, des informations légales et/ou (pre-)contractuelles.

Modalités de la prime

Périodicité du paiement des primes	<input type="checkbox"/> Unique
	<input type="checkbox"/> Annuelle
	<input type="checkbox"/> Semestrielle
	<input type="checkbox"/> Trimestrielle
	<input type="checkbox"/> Mensuelle

Attention : la prime périodique ne peut être inférieure à € 25 . Le tarif est uniquement garanti pendant les trois premières années du contrat.

Contrat(s) en cours

L'assuré a-t-il déjà un contrat chez BNP Paribas Cardif ?

Oui **Non**

Données bancaires

Nom du titulaire :

Numéro IBAN :

Code BIC :

Déclaration de bonne santé

Cette déclaration doit être complétée dans tous les cas et est suffisante pour l'acceptation du risque décès si aucune autre police n'est actuellement en cours chez BNP Paribas Cardif et si l'assuré(e) répond aux critères ci-dessous. Les formalités médicales indiquées dans le tableau sont minimales et peuvent faire l'objet d'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par la compagnie.

	Age de l'assuré(e) à la souscription			
	de 18 à 40 ans	de 41 à 50 ans	de 51 à 65 ans	66 ans et plus
max. € 250.000	Déclaration de bonne santé	Questionnaire médical		
€ 250.001 et plus				

NB : si vous ne répondez pas à un de ces critères ou si vous répondez "Faux" à au moins une des déclarations ci-dessous, vous devez joindre à la présente déclaration, le questionnaire médical complémentaire complété et signé.

	Assuré(e)	
Je suis en bonne santé et je suis capable de travailler sans restriction.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas eu ou je ne suis pas atteint(e) d'une infirmité, d'un handicap ou d'une maladie de quelque nature que ce soit depuis ces dix dernières années, je n'ai pas subi de test sérologique (hépatites ou SIDA) qui se soit révélé positif et je n'ai pas ou je ne suis pas atteint(e) d'une affection au système nerveux, psychique, au cœur ou aux vaisseaux sanguins, au système respiratoire, aux reins ou voies urinaires, aux organes génitaux, au sang, aux muscles, aux articulations, aux yeux ou d'un diabète, d'une tumeur, d'un cancer, depuis ces dix dernières années.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je ne suis actuellement pas ou je n'ai pas suivi de traitement d'une durée supérieure à trois semaines consécutives depuis ces cinq dernières années, je n'ai pas été hospitalisé(e), je n'ai pas subi d'intervention chirurgicale ces dix dernières années (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des amygdales ou de l'appendice et de l'extraction des dents de sagesse) ou je ne dois pas en subir une prochainement.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois (en dehors des affections saisonnières comme la grippe, gastro-entérites ou rhinites allergiques au pollen) et aucune consultation n'est prévue endéans les trois prochains mois.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas été en incapacité de travail totale ou partielle ou je n'ai pas eu, au cours des cinq dernières années, un arrêt de travail ou un traitement supérieur à trois semaines consécutives.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux

Assuré(e)

Veillez préciser votre taille et votre poids. Taille : Poids :

Déclaration fumeur / non-fumeur : vous pouvez bénéficier du tarif non-fumeur si vous n'avez pas fumé depuis au moins 24 mois.

Assuré(e)

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté de fumer depuis
- Je fume

Souhaitez-vous utiliser le questionnaire médical en ligne ? Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse e-mail pour que nous puissions vous envoyer davantage d'informations.

E-mail de l'assuré(e) :

Fait à le

Signature Preneur d'assurance
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Signature Assuré(e)
(précédée de la mention "lu et approuvé")

N'oubliez pas de signer les déclarations à la page suivante.

La souscription de ce contrat a-t-elle pour conséquence la résiliation d'un contrat d'assurance-vie auprès d'une autre compagnie ?

Oui Non

Cette assurance sert-elle à garantir l'emprunt hypothécaire conclu pour acquérir ou conserver un bien immobilier?

Oui Non

La résiliation, la réduction ou le rachat d'un contrat d'assurance-vie en cours, en vue de la souscription d'un autre contrat d'assurance-vie, est généralement préjudiciable au preneur d'assurance.

Les frais éventuels liés aux examens médicaux demandés par BNP Paribas Cardif seront pris en charge par celle-ci, à concurrence du tarif Assuralia, et à défaut, du tarif INAMI, si le contrat est souscrit chez BNP Paribas Cardif.

La signature de cette proposition n'oblige aucune des parties à conclure un contrat d'assurance-vie. Aucune prime ou indemnité ne peut être encaissée avant la conclusion du contrat. Si dans les 30 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.

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à être traitées par BNP Paribas Cardif. Elles seront uniquement utilisées afin d'assurer la gestion des produits d'assurances, le service à la clientèle, la promotion des nouveaux produits, l'acceptation des risques, la gestion des contrats, des primes et des sinistres ainsi que la prévention et la lutte contre toute forme de fraude. En vertu de la loi du 08/12/1992, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles en notre possession. Celui-ci peut être exercé sur demande écrite à BNP Paribas Cardif. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de la Commission pour la Protection de la Vie Privée. Dans un but de gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, les soussignés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales les concernant.

Les soussignés déclarent avoir reçu un exemplaire des conditions générales (CGPRIVEIP201605) et de la présente proposition d'assurance, ainsi qu'une information concernant le régime fiscal du contrat d'assurance et marquent leur accord quant à leurs applications.

L'assuré déclare que l'ensemble des renseignements fournis dans les rubriques "Déclaration de bonne santé" et "Déclarations" sont exacts (toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance, conformément à la loi du 04/04/2014 relative aux assurances). Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne l'application des sanctions prévues dans la loi du 04/04/2014 relative aux assurances et fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.

L'assuré autorise explicitement les médecins qui l'ont traité ou qui constateront son décès ou son incapacité de travail, à fournir au médecin conseil de la compagnie tous les renseignements utiles et nécessaires pour décider d'une éventuelle intervention.

Le preneur déclare avoir reçu de l'intermédiaire les renseignements tels que prévus dans la loi du 04/04/2014 relative aux assurances.

Je déclare en tant que dirigeant indépendant percevoir une rémunération mensuelle et régulière attribuée avant la fin de la période imposable au cours de laquelle les prestations liées à la rémunération ont été accomplies et qui a été imputée sur les résultats de cette période.

Fait à le

Signature Preneur d'assurance
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Signature Assuré(e)
(précédée de la mention "lu et approuvé")



BNP PARIBAS CARDIF

Cardif Assurance Vie S.A, société de droit français
Siège social F-75009 Paris, Boulevard Haussmann 1
Entreprise d'assurance agréée par la BNB
sous le n° de code 979 - RPM Bruxelles BE0435018274
IBAN BE17 0016 5444 3821 / BIC GEBABEBB