

**HYPO PROTECT PRIVILEGE - Individuele Pensioentoezegging**

Gegevens tussenpersoon :

Agentschapsnr : Wijziging contractnummer : Dossiernummer : Code : Datum afdruk :

Persoonsgegevens

1. Verzekeringnemer (De vennootschap)

Naam van de onderneming (in hoofdletters) :

Ondernemingsnummer :

Juridische vorm van de vennootschap :

E-mail * : Telefoon :

Huidige adresgegevens

Straat : Nr : Bus :

Postcode : Gemeente :

Toekomstige adresgegevens

Straat : Nr : Bus :

Postcode : Gemeente :

Verhuis voorzien op :

*Gelieve een kopie van de laatste versie van de statuten van de vennootschap bij dit document toe te voegen.***2. Verzekerde (De zelfstandige bedrijfsleider)****M.****Mevr.**

Naam (in hoofdletters) : Voornaam :

Geboortedatum : Nationaliteit :

Geboorteplaats :

Identiteitskaartnummer : Geldigheidsdatum :

Burgerlijke staat : Naam partner :

Beroep uitgeoefend als zelfstandige :

E-mail * : Telefoon :

Huidige adresgegevens

Straat : Nr : Bus :

Postcode : Gemeente :

Gelieve een kopie van uw identiteitskaart bij dit document toe te voegen.

* Door uw e-mailadres te geven, gaat u akkoord om wettelijke en/of (pre-)contractuele informatie elektronisch te ontvangen.

Ingangsdatum van de waarborg

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indien geen datum vermeld wordt, zal de polis worden opgemaakt (na medische acceptatie) met als ingangsdatum de dag van de medische acceptatie van het risico.

Waarborg Overlijden

1. Waarborg "Overlijden" (ziekte en ongeval)

Type waarborg	<input type="checkbox"/> Schuldsaldo	<input type="checkbox"/> constante annuïteiten - werkelijke rentevoet <input type="text"/> %
		<input type="checkbox"/> vaste kapitaalsaflossingen
		<input type="checkbox"/> andere (aflossingstabel bijvoegen)
	<input type="checkbox"/> Constant kapitaal (enkel gewaarborgd tarief gedurende de eerste drie jaar van het contract) Als het te verzekeren kapitaal hoger is dan 400.000 eur, gelieve het aanslagbiljet bij dit document toe te voegen en volgende informatie mede te delen : - bruto jaarlijkse bezoldiging van de bedrijfsleider : - Doel van de verzekering :	
Terugbetaling van het krediet	<input type="checkbox"/> Maandelijks	
	<input type="checkbox"/> Andere:	
Kapitaal	Te verzekeren bedrag : € (min. € 180.000)	
Duurtijd	Opnameperiode* : maanden (max. 60 maanden)	
	Duurtijd van het contract : maanden	Totale duurtijd : maanden

*Dit is de periode waarin het verzekerd kapitaal constant blijft. Deze periode verlengt de hierboven vermelde duurtijd van het contract. Deze faciliteit biedt u de mogelijkheid om bijvoorbeeld in geval van nieuwbouw de periode voorafgaand aan de volledige opname (de periode waarin u alleen rente betaalt) van uw hypotheek in te dekken.

2. Begunstiging

Maak uw keuze uit volgende begunstigingsclausules :

- De echtgenoot(ote)/ wettelijk samenwonende partner van de verzekeringsnemer; bij ontstentenis de geboren of ongeboren kinderen van de verzekeringsnemer; bij ontstentenis, de nalatenschap van de verzekeringsnemer.
- Andere(n) (naam, voornaam, geboortedatum, graad van verwantschap met de verzekerde); bij ontstentenis, de nalatenschap van de verzekerde :

3. Overdracht ten belope van de verschuldigde sommen

Naam kredietinstelling : Dossiernummer :

Volledig adres :

Premiemoaliteiten

Periodiciteit v/d premiebetaling	<input type="checkbox"/> Eénmalig
	<input type="checkbox"/> Jaarlijks
	<input type="checkbox"/> Zesmaandelijks
	<input type="checkbox"/> Driemaandelijks
	<input type="checkbox"/> Maandelijks

Opgelet: de totale periodieke min. premie moet € 25 bedragen. Het tarief is enkel gewaarborgd gedurende de eerste drie jaar van het contract.

Bestaande contracten

Heeft de verzekerde reeds een contract bij BNP Paribas Cardif ?

Ja **Nee**

Gegevens bankrekening

Naam rekeninghouder :

IBAN-nummer :

BIC-code :

Gezondheidsverklaring

Deze verklaring moet altijd ingevuld worden en is voldoende voor de aanvaarding van het overlijdensrisico indien er geen ander contract loopt bij BNP Paribas Cardif en indien de verzekerde voldoet aan de voorwaarden. De medische formaliteiten vermeld in onderstaande tabel zijn minimaal en kunnen het object zijn van eventuele bijkomende onderzoeken opgelegd door de maatschappij.

	Leeftijd van de verzekerde bij onderschrijving			
	van 18 t.e.m 40 jaar	van 41 t.e.m 50 jaar	van 51 t.e.m 65 jaar	66 jaar en ouder
tot € 250.000	Gezondheidsverklaring	Medische vragenlijst		
vanaf € 250.001				

Opm: indien u één van deze criteria overschrijdt of indien u één van onderstaande vragen met "onjuist" beantwoordt, moet u de bijkomende medische vragenlijst invullen, ondertekenen en bijvoegen.

	Verzekerde	
	<input type="checkbox"/> Juist	<input type="checkbox"/> Onjuist
Ik ben in goede gezondheid en verklaar te kunnen werken zonder voorbehoud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb bij mijn weten geen aandoening of ik heb gedurende de laatste tien jaren geen aandoening, geen handicap, geen ziekte van welke aard ook gehad, ik heb geen serologische test (hepatitis of AIDS) ondergaan die positief werd bevonden en ik heb bij mijn weten geen aandoening of aandoening gehad tijdens de laatste tien jaren aan het zenuwstelsel, van psychische aard, aan het hart of de bloedvaten, betreffende de ademhaling, aan de nieren of urinewegen, aan de geslachtsorganen, van het bloed, aan de spieren, aan de gewrichten, of aan de ogen, ik heb geen diabetes, een tumor of een kanker noch heb ik één van deze gehad gedurende de laatste tien jaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik volg geen of ik heb geen behandeling gevolgd met een duurtijd van meer dan drie opeenvolgende weken gedurende de laatste vijf jaar; ik ben niet gehospitaliseerd geweest, ik heb geen chirurgische ingreep ondergaan gedurende de laatste tien jaar (behalve wegneming van neuspoliepen, amandelen, blindedarm of wijsheidstanden) en ik moet er bij mijn weten geen ondergaan in de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb geen dokter geraadpleegd in de laatste twaalf maanden (behalve voor seizoensgebonden aandoeningen zoals griep, gastro-enteritis of pollen -allergie) en geen raadpleging is gepland tijdens de komende 3 maanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben in de laatste vijf jaar, niet langer dan drie opeenvolgende weken, volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest en/of heb geen arbeidsonderbreking gehad of heb geen behandeling ondergaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verzekerde

Gelieve hier uw lengte en gewicht op te geven. Lengte : Gewicht :

Verklaring rookgedrag : u kan van het niet-roker tarief genieten indien u tenminste 24 maanden volkomen rookvrij bent.

Verzekerde

- Ik heb nooit gerookt
- Ik ben gestopt met roken sinds
- Ik rook

Wenst u de medische vragenlijst online in te vullen ?

Ja Nee

Zo ja, gelieve ons uw e-mail adres mede te delen zodat wij verdere instructies kunnen doorsturen.

E-mail verzekerde :

Opgemaakt te op

Handtekening Verzekeringnemer
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")

Handtekening Verzekerde
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")

Vergeet de verklaringen op de volgende pagina niet te ondertekenen

Dient deze verzekering ter vervanging van een bestaand contract bij een andere maatschappij? Ja Nee

Dient deze verzekering voor het waarborgen van een hypothecaire lening om een onroerend goed te verwerven of te behouden? Ja Nee

Het opzeggen, reduceren of afkopen van een levensverzekeringscontract met het doel een nieuw contract te onderschrijven is in het algemeen nadelig voor de verzekeringnemer.

De eventuele kosten voor medische onderzoeken, aangevraagd door BNP Paribas Cardif, worden ten laste genomen door BNP Paribas Cardif, beperkt tot het Assuralia tarief en bij gebrek het RIZIV tarief, op voorwaarde dat het contract wordt onderschreven bij BNP Paribas Cardif.

De ondertekening van dit voorstel verbindt geen van beide partijen om het levensverzekeringscontract af te sluiten. Geen enkele premie of vergoeding mag in ontvangst genomen worden voor het afsluiten van het contract. Indien binnen 30 dagen na ontvangst van het voorstel de verzekeraar geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht aan de kandidaat-verzekeringnemer, of de verzekering afhankelijk heeft gesteld van een onderzoek, of de verzekering heeft geweigerd, verbindt hij zich tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding.

De verstrekte persoonsgegevens zijn bestemd voor de verwerking door BNP Paribas Cardif. Ze zullen alleen worden gebruikt voor het beheer van de verzekeringsproducten, de opvolging van het risico, de premies, de tussenkomsten in geval van schade, alsook de voorkoming en bestrijding van enige vorm van fraude. Krachtens de wet van 08/12/1992, heeft (hebben) ondergetekende(n) recht op toegang en verbetering van zijn (hun) persoonsgegevens waarover BNP Paribas Cardif beschikt. Dit recht kan worden uitgeoefend op schriftelijk verzoek bij BNP Paribas Cardif. Bijkomende informatie kan verkregen worden bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of schadedossier, geven de ondergetekenden hierbij hun bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van de medische gegevens die op hen betrekking hebben.

Ondergetekenden verklaren een exemplaar van de algemene voorwaarden (AVPRIVIPT201605) en van het huidig verzekeringsvoorstel alsook de inlichtingen in verband met de belastingsregeling van het verzekeringscontract, te hebben ontvangen en zijn akkoord met de toepassing ervan.

De verzekerde verklaart dat het geheel van de inlichtingen gegeven in de rubrieken "Gezondheidsverklaring" en "Verklaringen" juist zijn (onjuiste verklaringen kunnen leiden tot de nietigheid van het contract conform de wet van 04/04/2014 betreffende de verzekeringen). Iedere oplichting of poging tot oplichting ten aanzien van een verzekeringsonderneming leidt tot de toepassing van de sancties voorzien in de wet van 04/04/2014 betreffende de verzekeringen, en wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het strafwetboek.

Ik machtig uitdrukkelijk de geneesheren die mij hebben behandeld, mijn overlijden zullen vaststellen, om alle noodzakelijke inlichtingen die voor de beoordeling van een eventuele vordering van belang kunnen zijn, te verstrekken aan de raadgevende geneesheer van de verzekeraar(s).

De verzekeringnemer verklaart dat zijn verzekeringstussenpersoon hem de inlichtingen verschaft heeft zoals voorzien in de wet van 04/04/2014 betreffende de verzekeringen.

Ik verklaar als zelfstandige bedrijfsleider een maandelijkse en regelmatige bezoldiging te innen die toegekend wordt vóór het einde van het belastbare tijdperk waarin de ertoe aanleiding gevende bezoldigde werkzaamheden zijn verricht en die door de vennootschap op de resultaten van dat tijdperk worden aangerekend.

Opgemaakt te op

Handtekening Verzekeringnemer
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")

Handtekening Verzekerde
(laten voorafgaan door "gelezen en goedgekeurd")



BNP PARIBAS CARDIF

Cardif Assurance Vie S.A., maatschappij naar Frans recht
Maatschappelijke zetel te F-75009 Parijs, Boulevard Haussmann 1
Verzekeringsonderneming erkend door de NBB
onder codenr. 979 - RPR Brussel BE0435018274
IBAN BE17 0016 5444 3821 / BIC GEBABEBB

Bergensesteenweg 1424, 1070 Brussel - Tel. +32 (0)2 528 00 03 - www.bnpparibascardif.be