

EIP

Intermédiaire

N° N° FSMA Référence

Nom Téléphone

Vente à distance oui non

Code Garantie principale Code Garanties complémentaires

Référence de police

Nouvelle affaire Remplacement de police n°

Preneur d'assurance

Pour clients existants: n° client Réf. police

Raison sociale

Rue N° Boîte

Code postal Commune Pays

Tél./GSM Langue F N

Adresse courriel

Assujetti à la TVA oui non N° d'entreprise RPM

Numéro de compte bancaire du versement BE.....

Titulaire du numéro de compte bancaire (preuve à ajouter)

Nombre d'employés

Forme juridique SA SRL ASBL Autres:

Branche de commerce

Identification: voir rubrique à la p. 6

Assuré

Pour clients existants: n° client Réf. police

Nom Prénom

Rue N° Boîte

Code postal Commune Pays

Tél./GSM Langue F N

Adresse courriel

N° national

Numéro d'identification fiscale

Carte d'identité valide jusqu'au / / 20.....

Date de naissance / / Lieu de naissance.....

Sexe homme femme Etat civil marié(e) célibataire veuf/veuve divorcé(e) cohabitant cohabitant légal

Profession

Nom du conjoint ou du cohabitant légal

Contrôle limite 80 %

Statut social: indépendant

Rémunération de l'année civile en cours

Rémunération brute mensuelle régulière la plus basse*	
Nombre de fois par an où cette rémunération est accordée	
Avantages de toute nature les plus bas disponibles mensuellement ou en permanence	
Total de l'année des cotisations sociales par trimestre régulièrement payées par la société	
Rémunération annuelle brute perçue d'autres sociétés	

*Rémunération avant déduction des cotisations sociales et du précompte professionnel. S'ils sont payés régulièrement, vous pouvez ajouter le pécule de vacances et le 13e/14e mois

Revenus bruts de l'année 2020 (*):

Revenu brut: Statut social:

(*) Il peut s'agir d'un revenu en tant qu'indépendant (dirigeant ou personne physique), en tant que salarié, en tant que fonctionnaire, en tant que conjoint aidant, en Belgique ou à l'étranger. Il peut également concerner le revenu fictif des périodes assimilées à la constitution de la pension légale. Si, en 2020, ces statuts ont été élaborés simultanément ou consécutivement, la somme de ces revenus doit être faite. Les revenus d'une activité indépendante exerçant une activité à titre complémentaire en 2020 pour laquelle les cotisations sociales ont été payées inférieures par rapport à une activité principale ne doivent pas être pris en compte.

Carrière

Début carrière: / /

Date d'entrée en service dans l'entreprise: / /

Nombre d'années de service:

- dans l'entreprise: déjà prestée(s): an(s) et mois
encore à prester: an(s) et mois
(jusqu'à la date terme choisie)
- hors de l'entreprise: an(s) et mois (10 ans au maximum)

Nombre d'années et de mois prestés en tant qu'indépendant (à titre principal) jusqu'au 31/12/2020 compris:

- Nombre d'années: ans
- Nombre de mois: mois

Vous trouverez des informations sur votre carrière sur le site www.mycareer.be.

Plans de pension déjà assurés

Type (*)	Âge terme	Capital réduit (**)	Capital à la date terme

(*) PLC(l) sociale, INAMI, promesse de pension sous seing privé, assurance groupe, ADE, fonds de pension, CPTI, EIP, PLCS, continuation à titre personne

(**) capital à la date terme sans poursuite de paiement de prime

Durée

Date de prise d'effet: / /

Âge à la date terme: l'âge légal de la pension calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré^(*)

Durée minimale = 5 ans

(*) 65 ans si la date de naissance ≤ 31/12/1959

66 ans si la date de naissance se situe entre 01/01/1960 et 31/12/1963 et

67 ans si la date de naissance ≥ 01/01/1964

Prime

Prime sur une base annuelle, y compris taxes et frais: EUR

Garanties complémentaires exclues incluses

La prime minimale s'élève à 600 EUR sur une base annuelle (y compris les primes pour les garanties complémentaires éventuelles et les taxes de primes).

Périodicité du paiement de la prime: annuel semestriel trimestriel mensuel (avec domiciliation)

Prime unique initiale, y compris taxes et frais: EUR

Prime unique initiale par suite de l'externalisation d'une provision interne de pension: oui non

Stratégie d'investissement de la prime

Si la prime est répartie sur plusieurs formules de placement, au moins 10 % de la prime totale doit être investi par formule de placement. Le Compte Branche 21 ne peut être combiné avec le Compte Branche 21 - 0 %.

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Branche 21 | <input type="checkbox"/> Compte Branche 21 |% |
| | <input type="checkbox"/> Compte Branche 21 - 0 % |% |
| <input type="checkbox"/> Branche 23 | Fonds d'investissement | |
| | <input type="checkbox"/> European Equity Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Global Opportunities Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Emerging Markets Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Global Allocation Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Investissement Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Patrimoine Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Sécurité Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> European Growth Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Activ Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Systematic Balanced Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> R-Valor Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> JPM Global Focus Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> FVS Multiple Opportunities II Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> BGF World Technology Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> DNCA Invest Global Leaders Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> BGF European Special Situations Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Pictet Digital Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Pictet Global Environmental Opportunities Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Defensive Portfolio Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Balanced Portfolio Fund |% |
| | <input type="checkbox"/> Growth Portfolio Fund |% |

<input type="checkbox"/> Global Equity Fund%
<input type="checkbox"/> Megatrends Fund%
<input type="checkbox"/> Multi-Asset Fund%
<input type="checkbox"/> Positive Impact Fund%
<input type="checkbox"/> Infrastructure Fund%
<input type="checkbox"/> BMIPS Defensive%
<input type="checkbox"/> BMIPS Conservative%
<input type="checkbox"/> BMIPS Moderate%
<input type="checkbox"/> BMIPS Growth%
<input type="checkbox"/> Activ Defensive Fund%
<input type="checkbox"/> Dynamic Growth Fund%
<input type="checkbox"/> Euro Cash Fund%

	100 %

Stratégie d'investissement de la participation bénéficiaire

La présente rubrique ne doit être remplie que si on a opté pour la Branche 21 dans la rubrique "Stratégie d'investissement de la prime".

Si la prime est investie **intégralement dans la Branche 21**, on peut choisir parmi les options suivantes:

- 100 % dans la Branche 21, dans le même compte tel que choisi dans la stratégie d'investissement de la prime;
- 100 % dans la Branche 23, selon la stratégie d'investissement choisie ci-après (veuillez indiquer 2 fonds d'investissement au maximum, au moins 10 % par fonds d'investissement choisi).

<input type="checkbox"/> European Equity Fund%
<input type="checkbox"/> Global Opportunities Fund%
<input type="checkbox"/> Emerging Markets Fund%
<input type="checkbox"/> Global Allocation Fund%
<input type="checkbox"/> Investissement Fund%
<input type="checkbox"/> Patrimoine Fund%
<input type="checkbox"/> Sécurité Fund%
<input type="checkbox"/> European Growth Fund%
<input type="checkbox"/> Activ Fund%
<input type="checkbox"/> Systematic Balanced Fund%
<input type="checkbox"/> R-Valor Fund%
<input type="checkbox"/> JPM Global Focus Fund%
<input type="checkbox"/> FVS Multiple Opportunities II Fund%
<input type="checkbox"/> BGF World Technology Fund%
<input type="checkbox"/> DNCA Invest Global Leaders Fund%
<input type="checkbox"/> BGF European Special Situations Fund%
<input type="checkbox"/> Pictet Digital Fund%
<input type="checkbox"/> Pictet Global Environmental Opportunities Fund%
<input type="checkbox"/> Defensive Portfolio Fund%
<input type="checkbox"/> Balanced Portfolio Fund%
<input type="checkbox"/> Growth Portfolio Fund%
<input type="checkbox"/> Global Equity Fund%
<input type="checkbox"/> Megatrends Fund%
<input type="checkbox"/> Multi-Asset Fund%

<input type="checkbox"/> Positive Impact Fund%
<input type="checkbox"/> Infrastructure Fund%
<input type="checkbox"/> BMIPS Defensive%
<input type="checkbox"/> BMIPS Conservative%
<input type="checkbox"/> BMIPS Moderate%
<input type="checkbox"/> BMIPS Growth%
<input type="checkbox"/> Activ Defensive Fund%
<input type="checkbox"/> Dynamic Growth Fund%
<input type="checkbox"/> Euro Cash Fund%
	100 %

Si la prime est investie **en partie en Branche 21 et en partie en Branche 23**, on peut choisir parmi les options suivantes:

- 100 % dans la Branche 21, dans le même compte tel que choisi dans la stratégie d'investissement de la prime;
- 100 % dans la Branche 23, dans les mêmes fonds d'investissement tels que choisis dans la stratégie d'investissement de la prime et dans les mêmes proportions.

Garantie Décès

- La réserve constituée au moment du décès (option 1)
- Assurance complémentaire Décès*:
la réserve constituée au moment du décès
 - avec comme minimum un capital Décès de 50.000 EUR (option 2)
 - avec comme minimum un capital Décès de EUR (option 3)
 - avec un capital Décès complémentaire de EUR (option 4)
 - avec comme minimum un capital Décès dégressif de EUR (option 5)
 - avec un capital Décès complémentaire dégressif de EUR (option 6)
 - avec comme minimum la somme des primes déjà versées (hors taxes) de la garantie principale (option 7)

Pour les options 5 et 6:

- date de prise d'effet de la garantie: / /
- durée de la garantie: an(s) mois
- taux d'intérêt: %
- type de prêt: annuités amortissements fixes du capital

Garanties complémentaires (jusqu'à l'âge légal de la pension calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré au maximum)

- Accidents:** capital EUR (uniquement possible en cas de garantie Décès option 2, 3 ou 4 et au max. 2 x capital Décès, un maximum absolu de 125.000 EUR)
- Accidents de la circulation:** capital EUR (uniquement possible en cas de garantie Décès option 2, 3 ou 4 et au max. 2 x capital Décès, un maximum absolu de 125.000 EUR)
- Uniquement Remboursement de prime**
 - Bénéficiaire: le preneur d'assurance
 - Type de rente: rente constante
 - Formule: maladie + accidents
 - Délai de carence: 1 mois Rachat: oui non
- Rente d'incapacité de travail et Remboursement de prime**
 - Débutant oui non

En cas d'un indépendant débutant, pour les années durant lesquelles il n'y avait pas encore de revenus d'indépendant, mentionnez l'éventuelle rémunération annuelle brute perçue en sa qualité de salarié.

Rémunération annuelle brute (pour une éventuelle activité professionnelle supplémentaire, mentionnez le revenu séparément):

- année de prise d'effet - 1: EUR Si débutant, revenu de salarié oui non
- année de prise d'effet - 2: EUR Si débutant, revenu de salarié oui non
- année de prise d'effet - 3: EUR Si débutant, revenu de salarié oui non

Rentes d'incapacité de travail déjà assurées

Type (*)	Montant de la rente annuelle assurée

(*) engagement collectif d'incapacité de travail, engagement individuel d'incapacité de travail, revenu garanti, remboursement de prime, ...

Rente annuelle à assurer: EUR

Bénéficiaire de la rente d'incapacité de travail: l'assuré

Bénéficiaire du remboursement de prime en cas d'incapacité de travail: preneur d'assurance

Type de rente: rente constante rente progressive rente progressive optimale

Formule: maladie + accidents maladie

Délai de carence: 1 mois Rachat oui non

2 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Maintien du délai de carence après l'âge de 60 ans: oui non

Extension de garantie facultative Invalidité physiologique: oui non

Formalités médicales et financières

La police ne peut être établie qu'une fois que l'assuré s'est soumis à la procédure de sélection médicale et financière demandée par Baloise. Vous trouverez la procédure complète de sélection médicale et financière sur notre site portail.

Procédure de sélection médicale

Vous retrouvez les formalités médicales que le candidat-assuré doit remplir sous la rubrique "Critères de sélection médicale".

Les examens médicaux que le candidat-assuré a subis et les résultats de ceux-ci sont évalués par le médecin-conseil de Baloise.

Les formalités médicales ont déjà été commandées par l'intermédiaire: oui non

Pour les débutants, la rente annuelle maximale se limite à 24.000 EUR (36.000 EUR pour les médecins ou dentistes débutants).

Au début de la police, l'acceptation médicale peut être effectuée sur la base de la rente annuelle souhaitée. Jusqu'au 30 juin de la troisième année qui suit le premier établissement comme indépendant, la rente annuelle assurée peut être augmentée, à l'initiative du preneur d'assurance, jusqu'à la rente annuelle souhaitée dans la mesure où il est suffisamment prouvé qu'un revenu a effectivement été perçu pendant les années précédentes, ce qui justifie cette augmentation selon Baloise.

Souhaitez-vous l'acceptation médicale sur la base de la rente annuelle souhaitée? oui non

Si oui, rente annuelle souhaitée EUR

Procédure de sélection financière

Outre les formalités médicales, des formalités financières doivent aussi être remplies. Les formalités à remplir varient en fonction du statut de l'assuré et du type d'assurance.

Attribution bénéficiaire

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de décès. Il est toutefois possible de déroger au standard préimprimé ci-après en mentionnant soit le nom, le prénom, la date de naissance et l'adresse soit le lien de parenté par bénéficiaire.

Vous indiquez un classement entre les bénéficiaires par la mention "à défaut". En cas de répartition inégale entre plusieurs bénéficiaires du même rang, vous devez mentionner clairement la clé de répartition souhaitée.

En cas de vie: l'assuré

En cas de décès: La clause d'attribution bénéficiaire standard reprise dans la convention de pension:

- **le conjoint** de l'affilié qui n'est pas en instance de divorce ou de séparation de corps et de biens, qui n'est pas divorcé ni séparé de corps et de biens ou le cohabitant légal de l'affilié sauf si la cohabitation légale a été terminée suivant la procédure légale prévue;
- à défaut, **les enfants** de l'affilié. Si un enfant de l'affilié est prédécédé, la quote-part de cet enfant revient à ses enfants. A défaut, les autres enfants survivants de l'affilié;
- à défaut, **les parents** de l'affilié. A défaut d'un d'eux, le parent survivant de l'affilié;
- à défaut, **les frères et soeurs** de l'affilié. Si l'un d'eux est prédécédé, sa quote-part revient à ses enfants. A défaut, les autres frères et soeurs survivants de l'affilié;
- à défaut, **les grands-parents** de l'affilié. A défaut d'un ou de plusieurs d'entre eux, les grands-parents survivants de l'affilié;
- à défaut, **la succession** de l'affilié.

.....

Employez le cas échéant un document séparé, avec mention de votre nom et adresse, que vous datez et signez.

annexe ajoutée s'il n'y a pas assez de place

Abandon de l'attribution bénéficiaire: oui non

Si oui, nom et adresse:

Déclarations de l'assuré si des Garanties complémentaires sont demandées

1. Quelle est votre profession principale?
 Êtes-vous, dans le cadre de votre profession principale, le dirigeant d'au moins 6 membres du personnel à temps plein? oui non
 Effectuez-vous, dans le cadre de votre profession principale, un travail manuel? oui non
 Si oui, % de travail manuel
2. Avez-vous une activité professionnelle complémentaire? oui non
 Si oui, précisez:
 Êtes-vous, dans le cadre de cette activité professionnelle complémentaire, le dirigeant d'au moins 6 membres du personnel à temps plein? oui non
 Effectuez-vous, dans le cadre de cette activité professionnelle complémentaire, un travail manuel? oui non
 Si oui, % de travail manuel
3. La formation la plus élevée que vous avez achevée, est-elle la formation de Bachelor ou une formation de niveau supérieur? oui non
4. Êtes-vous parfois en contact avec, travaillez-vous avec ou utilisez-vous:
 - des matières explosives, corrosives ou facilement inflammables? oui non
 Si oui, précisez:
 - des radio-isotopes? oui non
 Si oui, précisez:
 - des appareils pour rayons X, pour radiothérapie? oui non
5. Devez-vous travailler sur des toits, échelles ou échafaudages de plus de 4 m de haut (sauf lorsqu'il s'agit d'activités non rémunérées qui sont exercées dans le cadre de la vie privée), sur des chantiers de construction ou de démolition, dans des carrières, des mines ou des puits, sur des lignes ou installations électriques à haute tension? oui non

6. Pratiquez-vous un sport qui, après remboursement des frais déboursés, vous apporte un avantage financier? oui non
Si oui, lequel?
7. Pratiquez-vous un sport ou un hobby dangereux? (par exemple sport à moteur, sport automobile, sport aérien, sport de plongée, sport de montagne, ...) oui non
Si oui, lequel?
Souhaitez-vous vous assurer pour celui-ci? oui non
8. Avez-vous déjà souscrit une garantie Incapacité de travail ou une garantie Accidents? oui non
Si oui: • Auprès de quelle(s) compagnie(s)?
• Pour quelles garanties (type et montant)?
• La garantie:
a. a-t-elle été acceptée à des conditions particulières? oui non
Si oui, précisez:
b. a-t-elle fait l'objet d'une demande d'augmentation de prime? oui non
Si oui, précisez:
c. a-t-elle été résiliée avec consentement mutuel? oui non
Si oui, pour quelle raison?
d. a-t-elle été résiliée par une compagnie? oui non
Si oui, pour quelle raison?
9. Êtes-vous en négociation pour la conclusion d'une garantie Incapacité de travail ou une garantie Accidents? oui non
Si oui: • Auprès de quelle(s) compagnie(s)?
• Pour quelles garanties (type et montant)?

Renseignements complémentaires

- Le but de cette garantie est-il la couverture ou la reconstitution d'un crédit? oui non
S'il est répondu "oui" aux questions mentionnées ci-après, veuillez indiquer le nom de la compagnie et la raison.
Auprès d'une autre compagnie, des assurances sur la vie ont-elles été:
• souscrites? oui non
.....
• refusées, renvoyées ou acceptées à des conditions spéciales? oui non
.....
Avez-vous l'intention d'annuler, de racheter, de réduire, de remplacer ou de reprendre ces polices? oui non
.....

Personnes politiquement exposées

- Remplissez-vous, ou avez-vous rempli un mandat politique ou une fonction publique au cours des 12 derniers mois au niveau régional, national ou international? oui Non
- Vos parents, un ou plusieurs de vos enfants, votre conjoint(e) ou partenaire, ou votre(vos) associé(s) proche(s) remplissent-ils un mandat politique ou une fonction publique au niveau régional, national ou international ou ont-ils déjà rempli cette fonction au cours des 12 derniers mois? oui Non
- Dans le cas où le preneur d'assurance ou le bénéficiaire serait une société familiale, patrimoniale ou de management, une personne qui remplit un mandat politique ou une fonction publique ou qui a rempli cette fonction au cours des 12 derniers mois au niveau régional, national ou international se trouve-t-elle parmi les actionnaires ou parmi les dirigeants actifs ou non de la société? oui Non

S'il est répondu "oui" à l'une des questions ci-dessus, mentionnez alors le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance, ainsi que l'adresse du (des) titulaire(s), ainsi que la bonne dénomination du mandat ou de la fonction:

Nom et prénom

Date de naissance / / Lieu de naissance

Rue N° Boîte

Code postal Commune Pays

Relation par rapport au preneur d'assurance

Description du mandat/de la fonction

Pays dans lequel le mandat/la fonction est/a été exercé(e)

Fonction endossée le (date) / / Fonction démise le (date) / /

Identification et contrôle d'identité

Veillez ajouter une copie des documents suivants:

- la version la plus récente des statuts coordonnés ou des statuts actualisés (déposés au greffe du tribunal de commerce ou publiés aux annexes du Moniteur belge);
- la liste actualisée des administrateurs/dirigeants;
- la publication de la nomination des administrateurs/dirigeants au Moniteur belge ou toute autre preuve confirmant cette qualité (par exemple une mention dans les comptes annuels ou dans un acte authentique);
- la publication la plus récente au Moniteur belge des pouvoirs de représentation de la personne morale;
- la carte d'identité des personnes qui représentent la personne morale et souscrivent la police;
- le formulaire "Déclaration bénéficiaires effectifs" pour identifier le(s) bénéficiaire(s) effectif(s) des personnes morales et d'autres constructions juridiques.

Compte tenu des dispositions de la législation sur la lutte contre le blanchiment de capitaux, nous ne pouvons rédiger la police demandée si les copies requises ci-avant ne sont pas jointes.

Déclarations

La proposition doit non seulement être signée par le preneur d'assurance mais également par l'assuré. Quant à l'acceptation des présentes stipulations, le preneur d'assurance se porte fort pour le(s) bénéficiaire(s).

- Le preneur d'assurance déclare qu'il choisit de communiquer avec nous en français. Il est possible de communiquer avec Baloise de la façon suivante:
 - de préférence en passant par l'intermédiaire
 - directement à Baloise:
 - téléphone: 03 247 21 11
 - par fax: 03 247 27 77
 - par courrier postal: Posthofbrug 16, 2600 Anvers
 - par courriel: info@baloise.be

Le preneur d'assurance déclare avoir accès à l'internet. Il déclare également qu'il choisit de recevoir les informations légales précontractuelles et contractuelles par voie électronique ou de les consulter sur notre site web, sauf si celles-ci n'ont pas encore été rendues disponibles par voie électronique.

- Cette proposition n'oblige ni le preneur d'assurance ni Baloise à conclure la police. Dans les 30 jours après la réception de cette proposition, nous ferons une offre d'assurance, nous demanderons des examens supplémentaires ou nous refuserons d'assurer. A défaut, nous nous engageons à conclure la police sous peine d'indemnisation.
- La signature de la présente proposition n'entraîne pas de couverture.
Le preneur d'assurance et l'assuré déclarent qu'ils nous ont communiqué précisément toutes les données qu'ils peuvent considérer comme étant nécessaires ou utiles lors de notre appréciation du risque. Le preneur d'assurance s'engage à nous communiquer immédiatement toute modification à ces données.
- L'assuré s'engage à demander à son médecin toutes les déclarations médicales nécessaires pour conclure ou exécuter la police. En outre, il charge expressément le médecin qui constatera son décès de fournir à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de son décès.
- Si le preneur d'assurance, après examen médical favorable de l'assuré, refuse de souscrire la police ou résilie la police dans les 30 jours après son entrée en vigueur, nous réclamerons les frais des examens médicaux.
- Avertissement
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.
- Le preneur d'assurance déclare que lui-même, l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) éventuellement désigné(s) nominativement de la police, ne sont pas un citoyen ou un habitant des Etats-Unis d'Amérique (dénommés ci-après "les USA"), ni ne possèdent de double nationalité dont l'américaine (USA), ni sont détenteur d'une US Green Card et qu'ils ne séjournent pas plus de 31 jours aux USA pendant l'année en cours et n'ont pas séjourné plus de 183 jours aux USA au cours des 3 dernières années. Si le preneur d'assurance ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) nominativement sont une entité juridique, le preneur d'assurance déclare que celle-ci n'est pas créée et/ou régie par la législation des USA et qu'elle n'y est pas non plus établie. En plus, le preneur d'assurance déclare qu'il n'est pas redevable d'impôts aux USA. Si pendant la durée de la police, le preneur d'assurance transfère son domicile (lieu d'implantation) aux USA, il doit communiquer une adresse de contact hors des USA à Baloise. Baloise ne liquide des polices que sur des comptes d'organismes financiers établis à l'extérieur des USA.
- Baloise peut transmettre les données (de police) du preneur d'assurance aux services fiscaux belges à leur demande, en conformité avec la législation belge.
- Vous confirmez que vous avez reçu une copie conforme de cette proposition d'assurance ainsi qu'un exemplaire des Conditions Générales et la fiche info précontractuelle deuxième pilier. Vous déclarez que vous acceptez le contenu et l'application de ceux-ci. Ces conditions et la fiche info deuxième pilier sont disponibles sur www.baloise.be.
- Vous déclarez avoir pris connaissance de toutes les informations précontractuelles légalement obligatoires sur Baloise et ses produits d'assurance reprises dans notre brochure de présentation. La brochure de présentation peut être consultée sur www.baloise.be/brochure-de-presentacion.

Traitement des données personnelles: votre vie privée

Pour quelle raison utilisons-nous vos données personnelles?

En tant qu'assureur, nous traitons vos données personnelles. Les données personnelles sont des données portant sur votre statut personnel, par exemple votre âge, votre adresse, votre date de naissance.

Elles sont nécessaires pour:

- évaluer le risque;
- traiter vos polices et vos sinistres.

Nous n'utilisons ces données que dans ce but précis ou parce que la loi nous y oblige. Si cela est nécessaire (et uniquement dans ce but), nous pouvons partager ces données avec, entre autres, des réassureurs, des membres du Baloise Group, votre intermédiaire et d'autres parties avec qui nous avons (ou vous avez) un accord (experts, avocats, médecins-conseil).

Nous ne traitons vos données médicales que si vous nous donnez explicitement votre autorisation.

Nous pouvons aussi utiliser les données personnelles de nos clients à des fins de marketing, par exemple pour faire la promotion de nos propres produits et services. Si vous ne le souhaitez pas, faites-le-nous savoir.

Vos droits légaux

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer lorsqu'il y a une raison à cela. Vous pouvez également recevoir certaines données personnelles sur un format portable.

Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons vos données personnelles avec des mesures poussées.

Plus d'informations

Ceci n'est qu'un résumé de notre politique en matière de vie privée. Si vous voulez connaître précisément vos droits et vos obligations, n'hésitez pas à consulter notre politique en matière de vie privée complète sur notre site web (www.baloise.be/vieprivee). Vous aurez ainsi toujours accès à la politique la plus actuelle.

Nous pouvons aussi vous remettre une version papier.

Données de contact

Pour toutes vos questions sur la vie privée, n'hésitez pas à vous adresser à notre Data Protection Officer (DPO):

Baloise

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Courriel: privacy@baloise.be

Fait à, le

Le preneur d'assurance

L'assuré

Pour la certification de la signature ci-contre,
l'intermédiaire

Mandat SEPA de domiciliation européenne

Par la signature du présent mandat vous autorisez Baloise à partir de ce jour et jusqu'à révocation expresse, à envoyer une instruction à votre banque pour débiter votre compte d'un montant.

Ce mandat est uniquement valable pour le numéro de police/numéro de client/numéro Combi-Pack mentionné ci-dessous.

Le paiement sera seulement effectué dans la mesure où il a suffisamment d'argent sur le compte. Des décomptes de primes sont susceptibles d'être transmis pour paiement durant les prochains jours. Ceux-ci doivent être réglés jusqu'à l'entrée en vigueur définitive de la domiciliation. Vous pouvez faire rembourser votre paiement effectué par domiciliation européenne. Demandez les conditions à votre propre banque. Une demande de remboursement doit être introduite dans les 8 semaines qui suivent la date à laquelle votre compte a été débité du montant. Vous pouvez révoquer votre domiciliation européenne en vous adressant à Baloise qui y donnera une suite adéquate. Votre banque peut vous donner des informations en ce qui concerne vos droits par rapport à ce mandat.

Ce mandat doit être dûment complété et signé et renvoyé à Baloise, via l'application de front office de Baloise ou par courriel à domiciliations@baloise.be.

Créancier

Baloise Belgium SA	Numéro de police	.....
Posthofbrug 16	Numéro de client ⁽¹⁾
2600 Antwerpen	Numéro Combi-Pack ⁽²⁾
ID: BE74ZZZ0400048883	Type d'encaissement	<input checked="" type="checkbox"/> récurrent
Référence du mandat (à compléter par le créancier)		

Preneur d'assurance

Nom et prénom	.....	
Rue	.....	N°	.....
Code postal	.....	Lieu	.....
Courriel	.....	
		Boîte	.....
		Pays	.....

Compte bancaire

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>			
Titulaire du compte ⁽³⁾			
Rue	.....	N°	.....	Boîte
Code postal	.....	Lieu	.....	Pays

Lieu Date

Preneur d'assurance Titulaire du compte ⁽³⁾

(1) Remplir uniquement dans le cas d'un Plan Budget

(2) Si applicable

(3) D'application uniquement si le titulaire du compte n'est pas le preneur d'assurance