

# Revenu garanti - Assurance Chiffre d'affaires

## Intermédiaire

N° ..... N° FSMA ..... Référence .....

Nom ..... Téléphone .....

Vente à distance  oui  non Code .....

## Référence police

Nouvelle affaire  Remplacement de police n° .....

## À remplir uniquement en cas de Revenu garanti

### Preneur d'assurance et assuré

Pour clients existants: n° client ..... Réf. police .....

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Tél./GSM ..... Fax ..... Langue  F  N

Courriel .....

N° national .....

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

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

## Garanties

### Quel est votre revenu?

(Pour une éventuelle activité professionnelle supplémentaire, mentionnez le revenu séparément.)

salarié/fonctionnaire contractuel

Rémunération annuelle brute

- année de prise d'effet: ..... EUR
- année de prise d'effet - 1: ..... EUR
- année de prise d'effet - 2: ..... EUR
- année de prise d'effet - 3: ..... EUR

indépendant sans société

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.

Revenus annuels nets imposables

- 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

indépendant avec société  
 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 brute mensuelle régulière actuelle: ..... EUR

Avantages de toute nature mensuels réguliers actuels: ..... EUR

Fréquence de paiement: .....

Rémunération annuelle brute

- 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 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

Date de prise d'effet: ..... / ..... / .....

Bénéficiaire: preneur d'assurance

- Type de rente:  rente constante  rente progressive  rente progressive optimale
- Périodicité du paiement de la prime:  annuel  semestriel  trimestriel
- de la prime:  mensuel (domiciliation obligatoire)
- Formule:  maladie + accidents  maladie + accidents vie privée (uniquement salariés) ...  maladie
- Délai de carence:  1 mois  2 mois  3 mois  6 mois  12 mois Rachat- uniquement possible pour les indépendants  oui  non
- Âge terme  l'âge de pension légal calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré(\*\*)
  - avec maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
  - sans maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- 65 ans
  - avec maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
  - sans maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- 60 ans
- 55 ans

**À cocher obligatoirement par le preneur d'assurance s'il opte, en cas d'une assurance Revenu garanti, pour un âge terme inférieur à l'âge de pension légal calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré(\*\*):**

Par la signature de la présente proposition, je confirme que, dans mon intérêt, je demande formellement de fixer l'âge terme de ma police Revenu garanti à  65 ans  60 ans  55 ans.

Extension de garantie facultative Invalidité physiologique  oui  non

(\*\*) 65 ans si la date de naissance ≤ 31/12/1959, 66 ans si la date de naissance se situe entre le 01/01/1960 et le 31/12/1963 et 67 ans si la date de naissance ≥ 01/01/1964

**À remplir uniquement en cas de l'Assurance Chiffre d'affaires**

Pour les indépendants ou professions libérales en société unipersonnelle ou société de gestion

Le chef d'entreprise assuré déclare:

- qu'il génère au moins 95 % du revenu de l'entreprise:  oui  non
- qu'il exerce la même activité depuis 3 ans au moins:  oui  non

(S'il est répondu par non à une de ces questions, seule la garantie Revenu garanti peut être souscrite par le chef d'entreprise.)

**Preneur d'assurance**

Pour clients existants: n° client ..... Réf. police .....

Raison sociale .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Tél./GSM ..... Fax ..... Langue  F  N

Courriel .....

Assujetti à la TVA  oui  non Numéro d'entreprise ..... RPM .....

Nombre de travailleurs .....

Forme juridique  SA  SPRL  ASBL  SIREL  Autres: .....

Description précise de l'activité de la société .....

Nom et prénom du représentant .....

Nombre d'associés .....

**Assuré**

Pour clients existants: n° client ..... Réf. police .....

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Tél./GSM ..... Fax ..... Langue  F  N

Courriel .....

N° national .....

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

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

**Garanties**

Montant du chiffre d'affaires, déduction faite des marchandises, matières premières et adjuvants et des frais de personnel:

- de l'exercice précédent ..... EUR
- de l'exercice avant-dernier ..... EUR

**Rentes 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

Comment le montant de la rente annuelle à assurer est-il composé? .....

Date de prise d'effet: ..... / ..... / .....

**Bénéficiaire: le preneur d'assurance**

- Type de rente:             rente constante       rente progressive       rente progressive optimale
- Périodicité du paiement     annuel                       semestriel                       trimestriel
- de la prime                       mensuel (domiciliation obligatoire)
- Formule:                       maladie + accidents     maladie
- Délai de carence:             1 mois                      Rachat     oui     non
- 2 mois                       3 mois                               6 mois                               12 mois
- Âge terme                       l'âge de pension légal calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré(\*\*)
- avec maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- sans maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- 65 ans
- avec maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- sans maintien du délai de carence pour maladie à partir de 60 ans
- 60 ans
- 55 ans

Extension de garantie facultative Invalidité physiologique     oui     non

(\*\*) 65 ans si la date de naissance ≤ 31/12/1959, 66 ans si la date de naissance se situe entre le 01/01/1960 et le 31/12/1963 et 67 ans si la date de naissance ≥ 01/01/1964

**À remplir obligatoirement**

**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 pour autant qu'il soit 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.

**Déclarations concernant l'assuré**

1. Quelle est votre profession principale? .....  
 Etes-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
2. Avez-vous une activité professionnelle complémentaire?  oui  non  
 Si oui, précisez: .....  
 Etes-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
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 assurance incapacité de travail ou une assurance accidents?  oui  non  
 Si oui:
  - Au près de quelle(s) compagnie(s)? .....
  - Pour quelles garanties (type et montant)? .....
  - L'assurance:
    - 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 assurance incapacité de travail ou une assurance accidents?  oui  non  
 Si oui:
  - Au près de quelle(s) compagnie(s)? .....
  - Pour quelles garanties (type et montant)? .....

## Déclarations

---

Si le preneur d'assurance n'est pas en même temps l'assuré, ce dernier doit également signer ce document. 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 :
    - par 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 présenterons une offre d'assurance au preneur 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.
- Baloise peut transmettre les données (de police) du preneur d'assurance aux services fiscaux belges à leur demande, en conformité avec la législation belge.
- Le preneur d'assurance déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales de la police et les accepter. Ces conditions peuvent également être consultées sur [www.baloise.be/conditionsgenerales](http://www.baloise.be/conditionsgenerales).
- 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-presentation](http://www.baloise.be/brochure-de-presentation).

## 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](http://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](mailto:privacy@baloise.be)

Fait à ..... le.....

Le preneur d'assurance

L'assuré

Pour la certification des signatures 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 pour autant qu'il y ait 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 <sup>(1)</sup>	.....
2600 Antwerpen	Numéro Combi-Pack <sup>(2)</sup>	.....
ID: BE74ZZZ0400048883	Type d'encaissement	..... 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 <sup>(3)</sup>	.....			
Rue	.....	N°	.....	Boîte
Code postal	.....	Lieu	.....	Pays
Lieu	.....		Date	.....
Preneur d'assurance	.....		Titulaire du compte <sup>(3)</sup>	.....

(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