

# CPTI

## Intermédiaire

N° ..... N° BCE ..... Référence .....

Nom ..... Téléphone .....

Vente à distance  oui  non

Code Garantie principale ..... Code Assurances complémentaires .....

## Référence police

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

## Preneur d'assurance, assuré, bénéficiaire en cas de vie

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

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

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

Tél./GSM ..... Langue  F  N

Adresse courriel .....

N° carte d'identité ..... Une copie de la carte d'identité (recto verso) doit être ajoutée (Loi du 10/08/1998).

N° national .....

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

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

Titulaire du numéro de compte bancaire ..... (preuve à ajouter)

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

Sexe  Homme  Femme État civil  marié(e)  non marié(e)  veuf/veuve  divorcé(e)  cohabitant  cohabitant légal

Profession .....

Nom du conjoint ou du cohabitant légal .....

## Contrôle limite 80 %

### Statut social de l'assuré:

- l'indépendant actif comme personne physique ou comme aidant indépendant à titre principale
- travailleur indépendant actif comme personne physique ou comme aidant à titre complémentaire, dans la mesure où le revenu sur lequel il paie des cotisations sociales provisoires est supérieur ou égal au revenu minimum sur lequel un travailleur indépendant à titre principal paie des cotisations sociales
- conjoint aidant avec maxi-statut

### Revenu de référence de l'actuelle année civile X:

Le revenu de référence de l'actuelle année civile X est égal à la moyenne du revenu professionnel imposable corrigé (\*) des trois années civiles précédentes (X-3, X-2 et X-1).

Un revenu professionnel imposable corrigé **négalif** pour une ou plusieurs des années civiles précédentes n'est pas mis à 0, mais est **repris dans le calcul de la moyenne**.

Si l'**activité n'a pas été exercée pendant l'année civile entière**, le revenu professionnel imposable corrigé n'est **pas extrapolé sur une base annuelle**.

Si, dans une ou plusieurs des trois années civiles précédentes, l'assuré n'a pas exercé **une activité professionnelle produisant des bénéfices ou des profits ou n'a pas été actif comme conjoint aidant avec maxi-statut ou comme aidant indépendant**, il faut mettre "**pas d'application**" à côté de l'année civile en question.

Pour l'année civile dans laquelle l'activité professionnelle de l'assuré a débuté, le revenu professionnel imposable corrigé de l'année civile même est pris en considération. (Si ce revenu n'est pas encore connu, celui-ci, peut être estimé.)

Le revenu professionnel imposable corrigé de l'année civile X-3:  ..... EUR  pas d'application  
 Le revenu professionnel imposable corrigé de l'année civile X-2:  ..... EUR  pas d'application  
 Le revenu professionnel imposable corrigé de l'année civile X-1:  ..... EUR  pas d'application  
 Le revenu professionnel imposable corrigé de l'année civile X:  ..... EUR  pas d'application

(\*) le revenu professionnel imposable corrigé = le revenu du travailleur indépendant ou de l'aidant indépendant qualifié comme bénéficiaire ou profits ou les rémunérations d'un conjoint aidant avec maxi-statut (hors bénéficiaires et profits d'une activité professionnelle antérieure et les plus-values) diminuées des frais professionnels, exception faite des cotisations sociales payées (comme travailleur indépendant, comme aidant indépendant ou comme conjoint aidant avec maxi-statut) et des primes payées pour la PLCI et PLC sociale. Certains revenus de remplacement peuvent entrer en ligne de compte. Vous trouverez plus de détails sur le document B8703 « Calcul du capital de pension CPTI maximal à assurer ».

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

Date de début de l'activité professionnelle (quel que soit le statut): ..... / ..... / .....

Date de début de la première CPTI: ..... / ..... / .....

Inclure dans le calcul de la règle des 80 % le nombre d'années déjà prestées (quel que soit le statut) depuis le 01/01/2018 jusqu'à la première CPTI (10 ans au max.)?  Oui  Non

### Plans de pension déjà assurés\*

Type (**)	Date de prise d'effet	Date terme	Date de réduction (le cas échéant)	Capital à la date terme

(\*) Nous devons tenir compte des autres capitaux de pension pour lesquels l'assuré a continué à payer la prime depuis qu'il a pris la CPTI, (ou depuis le 01/01/2018, s'il a choisi la prise en compte de la période entre le 01/01/2018 et la date à laquelle il a souscrit la CPTI).

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

### Durée

Date de prise d'effet:  01/01/.....  01/04/.....  01/07/.....  01/10/.....

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

## Prime

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

Assurances complémentaires  exclues  incluses

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

Périodicité du paiement de la prime:  annuellement  semestriellement  trimestriellement  mensuellement (avec domiciliation)

Prime unique initiale, y compris taxes et frais: ..... EUR

## Stratégie d'investissement de la prime

**Si la prime est répartie entre plusieurs formules de placement, au moins 10 % de la prime totale doivent être investis 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"/> 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"/> 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"/> Activ Defensive Fund	..... %
<input type="checkbox"/> Dynamic Growth Fund	..... %
<input type="checkbox"/> Euro Cash Fund	..... %
	<hr style="border-top: 1px solid black;"/>
	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 choisis).

<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"/> 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"/> 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"/> 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 dégressif complémentaire 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: ..... année(s) ..... mois
  - taux d'intérêt: ..... %
  - type de prêt:
    - annuités     amortissements fixes du capital
    - Périodicité:     mensuellement     trimestriellement     semestriellement     annuellement
    - amortissements irréguliers (ajouter tableau)
  - report: ..... ans ..... mois
- \* âge maximum à la souscription = 64 ans

### Assurances complémentaires (au maximum jusqu'à l'âge légal de retraite calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré)

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

**Rente d'incapacité de travail et Remboursement de prime**

Quel est votre revenu? (Pour une éventuelle activité professionnelle supplémentaire, mentionnez le revenu séparément.)

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 de salarié.

Revenus annuels imposables nets (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:

le preneur d'assurance

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

le preneur d'assurance

Type de rente:  Rente constante  rente progressive  rente progressive optimale

Formule:  maladie + accidents  maladie

Délai de carence:  1 mois  2 mois  Maintien du délai de carence après l'âge de 60 ans:  oui  non

Rachat  3 mois  6 mois  12 mois

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 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.

**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 par bénéficiaire soit le nom, le prénom, la date de naissance et l'adresse, soit le lien de parenté.

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:**  le preneur d'assurance

**En cas de décès:**  le conjoint du preneur d'assurance, à défaut les enfants du preneur d'assurance, à défaut la succession du preneur d'assurance;

le cohabitant légal du preneur d'assurance, à défaut les enfants du preneur d'assurance, à défaut la succession du preneur d'assurance;

.....

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 Assurances 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, .....% 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?

oui  non

Effectuez-vous, dans le cadre de cette activité professionnelle complémentaire, un travail manuel?

oui  non

Si oui, .....% 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, laquelle? .....

7. Pratiquez-vous un sport ou un hobby dangereux? (par exemple, sport à moteur, sport automobile, sport aérien, sport de plongée, sport de montagne, etc.)

oui  non

Si oui, lequel?

Souhaitez-vous vous assurer pour celui-ci?

oui  non

8. Avez-vous déjà souscrit une assurance (complémentaire) Incapacité de travail ou une assurance (complémentaire) Accidents?

oui  non

Si oui: • Auprès 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: • Après de quelle(s) compagnie(s)? .....

• Pour quelles garanties (type et montant)? .....

### Renseignements complémentaires

Le but de cette assurance 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.

Après 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) ..... / ..... / .....



## Déclarations

---

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 son intermédiaire
  - directement à Baloise:
    - téléphone: 03 247 21 11
    - fax: 03 247 27 77
    - par courrier postal: Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen
    - 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. À 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 déclare qu'il a mentionné de façon précise sur la présente proposition toutes les données qu'il peut raisonnablement 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, 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 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 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](http://www.baloise.be).
- Vous déclarez avoir pris connaissance de toutes les informations précontractuelles légalement obligatoires sur Baloise et ses produits d'assurance par le biais de notre brochure de bienvenue. Cette brochure de présentation peut être consultée sur <http://www.baloise.be/brochurepresentation>.

## 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 courtier 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](http://www.baloise.be)).

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):

[privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)

Baloise

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Fait à .....,

le .....

Le preneur d'assurance

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 à condition 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](mailto: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	<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	.....		

## Compte bancaire

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>			
Nom 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