

# INAMI

## 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, 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 **Etat civil**  marié(e)  veuf/veuve  célibataire  divorcé(e)  cohabitant  cohabitant légal

Profession .....

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

## Type de dispensateur de soins

- Médecin entièrement conventionné et ayant atteint le seuil d'activité
- Médecin entièrement conventionné et dispensé d'atteindre le seuil d'activité
- Médecin entièrement conventionné et ayant atteint le seuil d'activité réduit
- Médecin partiellement conventionné et ayant atteint le seuil d'activité
- Médecin partiellement conventionné et dispensé d'atteindre le seuil d'activité
- Médecin en formation
- Dentiste
- Pharmacien avec une activité moyenne de 38 heures ou plus par semaine
- Pharmacien avec une activité moyenne de 28 heures jusqu'à 38 heures par semaine
- Pharmacien avec une activité moyenne de 19 heures jusqu'à 28 heures par semaine
- Pharmacien biologiste clinique entièrement conventionné et ayant atteint le seuil d'activité
- Pharmacien biologiste clinique entièrement conventionné et dispensé d'atteindre le seuil d'activité
- Pharmacien biologiste clinique entièrement conventionné et ayant atteint le seuil d'activité réduit
- Pharmacien biologiste clinique partiellement conventionné et ayant atteint seuil d'activité
- Pharmacien biologiste clinique partiellement conventionné et dispensé d'atteindre le seuil d'activité
- Pharmacien biologiste clinique en formation

- Kinésithérapeute avec au moins 1.500 prestations ou au moins 36.000 valeurs M
- Kinésithérapeute avec au moins 2.300 prestations ou au moins 55.200 valeurs M
- Kinésithérapeute avec au moins 3.000 prestations ou au moins 72.000 valeurs M et au maximum 6.500 prestations ou au maximum 156.000 valeurs M
- Logopède avec au moins 900 séances remboursées par l'INAMI et au maximum 1.999 séances remboursées par l'INAMI
- Logopède avec au moins 2.000 séances remboursées par l'INAMI et au maximum 4.000 séances remboursées par l'INAMI
- Infirmier indépendant avec un montant facturé entre 33.000 EUR et 150.000 EUR
- Sage-femme avec au moins 150 prestations ou au moins 2.250 valeurs V

**Numéro INAMI**

---

...../...../...../...../...../...../.....

**Statut social**

---

- indépendant    salarié

**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<sup>(\*)</sup>

**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**

---

Chaque année, le montant de l'allocation INAMI est déterminé par Arrêté Royal.

**Stratégie d'investissement de la prime**

---

Veillez indiquer 1 choix:

- 100 % dans le Compte Branche 21
- 100 % dans le Compte Branche 21 - 0 %

**Stratégie d'investissement de la participation bénéficiaire**

Veillez indiquer 1 choix:

- 100 % dans le Compte Branche 21 (dans la mesure où ce compte a été choisi dans la "Stratégie d'investissement de la prime");
- 100 % dans le Compte Branche 21 - 0 % (dans la mesure où ce compte a été choisi dans la "Stratégie d'investissement de la prime");
- 100 % dans les fonds d'investissement 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).

- European Equity Fund ..... %
- Global Opportunities Fund ..... %
- Emerging Markets Fund ..... %
- Global Allocation Fund ..... %
- Investissement Fund ..... %
- Patrimoine Fund ..... %
- Sécurité Fund ..... %
- European Growth Fund ..... %
- Activ Fund ..... %
- Systematic Balanced Fund ..... %
- R-Valor Fund ..... %
- JPM Global Focus Fund ..... %
- FVS Multiple Opportunities II Fund ..... %
- BGF World Technology Fund ..... %
- DNCA Invest Global Leaders Fund ..... %
- BGF European Special Situations Fund ..... %
- Pictet Digital Fund ..... %
- Pictet Global Environmental Opportunities Fund ..... %
- Global Equity Fund ..... %
- Megatrends Fund ..... %
- Multi-Asset Fund ..... %
- Positive Impact Fund ..... %
- Infrastructure Fund ..... %
- BMIPS Defensive ..... %
- BMIPS Conservative ..... %
- BMIPS Moderate ..... %
- BMIPS Growth ..... %
- Activ Defensive Fund ..... %
- Dynamic Growth Fund ..... %
- Euro Cash Fund ..... %

100 %

### Garantie Décès

- La réserve constituée au moment du décès (**option 1**)
- Garantie 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**)

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  
Périodicité:  mensuellement  trimestriellement  semestriellement  annuellement  
 amortissements irréguliers (ajouter tableau)
- report: ..... ans ..... mois

\* âge maximum à la souscription = 64 ans

### Garantie complémentaire (jusqu'à l'âge légal de la pension calculé en fonction de la date de naissance de l'assuré au maximum)

#### Rente d'incapacité de travail

**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 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| - année de prise d'effet - 2: ..... EUR | Si débutant, revenu de salarié | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| - année de prise d'effet - 3: ..... EUR | Si débutant, revenu de salarié | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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

Bénéficiaire: le preneur d'assurance

Type de rente:  rente constante  rente progressive  rente progressive optimale

Formule:  maladie + accidents  maladie + accidents dans la vie privée (uniquement salariés)  maladie

Délai de carence:  1 mois  2 mois  3 mois  6 mois  12 mois

2 mois

3 mois

6 mois

12 mois

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

Extension de la 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:**  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 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, ...)  
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)? .....

• 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 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) ..... / ..... / .....

## 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 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 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.
- Le preneur d'assurance 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 reprises dans notre brochure de présentation. La brochure de présentation peut être consultée sur [www.baloise.be/brochure-de-presentacion](http://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](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

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