



Classic

2win

Coordonnées de l'intermédiaire :

N° d'agence :

Modification du contrat n° :

N° de dossier :

Code : Date d'impression :

Coordonnées

1. Preneur d'assurance (Classic) / Preneur d'assurance = Assuré(e) 1 (2win)

M.

Mme.

Nom (en majuscules) : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Lieu de naissance :

N° carte d'identité : Date de validité :

Etat civil : Nom du conjoint :

Profession : Statut social : Salarié(e) Indépendant(e)

E-mail : Téléphone :

Numéro de registre national ou Numéro Bis **(uniquement pour un contrat fiscal)** :

Adresse actuelle

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Adresse future (à partir de)

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

2. Assuré(e)(Classic) / Assuré(e) 2 (2win)

M.

Mme.

Nom (en majuscules) : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Lieu de naissance :

N° carte d'identité : Date de validité :

Etat civil : Nom du conjoint :

Profession : Statut social : Salarié(e) Indépendant(e)

E-mail : Téléphone :

Adresse actuelle

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Garanties complémentaires (uniquement en formule Classic)

1. Garantie "Décès par accident"

Oui Non

Capital* Capital à assurer : €

*Capital constant de min. € 25.000, max. 100% du capital décès assuré et limité à € 200.000. Le bénéficiaire de cette garantie est le même que celui désigné pour la garantie principale.

Pratiquez-vous un sport ? Oui Non Si oui, lequel :

2. Garantie "Incapacité de travail"

Oui Non

Mensualité* Mensualité à assurer : € Durée : mois

*max. € 2.000

3. Garantie "Perte d'emploi"

Oui Non

Mensualité* Mensualité à assurer : €

*max. € 2.000

Nom de l'employeur : Date d'effet du contrat de travail :

Contrat(s) en cours

Avez-vous déjà un contrat chez BNP Paribas Cardif ?

Assuré(e) / Assuré(e)1	Assuré(e) 2*
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Modalités de la prime

		Décès	Décès par accident Incapacité de travail / Perte d'emploi
Périodicité du paiement des primes	Prime* :	<input type="checkbox"/> Unique	
		<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle
		<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Mensuelle
Durée de paiement des primes de la garantie décès		<input type="checkbox"/> 2/3 de la durée totale du contrat (uniquement solde restant dû) <input type="checkbox"/> Autre : NB : la durée de paiement des primes doit être < 2/3 de la durée totale du contrat	

* La prime périodique ne peut être inférieure à € 25. La périodicité du paiement des primes des garanties complémentaires doit être identique à celle de la garantie principale sauf en cas de prime unique.

Données bancaires

Nom du titulaire :

Numéro IBAN :

Code BIC :

Déclaration de bonne santé

Pour les garanties "Décès" et/ou "Incapacité de travail", cette déclaration doit être complétée dans tous les cas et est suffisante pour l'acceptation du risque décès si aucune autre police n'est actuellement en cours chez BNP Paribas Cardif et si l' (les) assuré(e) (s) répond(ent) aux critères ci-dessous. Les formalités médicales indiquées dans le tableau sont minimales et peuvent faire l'objet d'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par la compagnie.

	Age de l'assuré(e) à la souscription		
	de 18 à 50 ans	de 51 à 65 ans	66 ans et plus
max. € 150.000	Déclaration de bonne santé		Questionnaire médical <small>Les formalités médicales indiquées dans le tableau sont minimales et peuvent faire l'objet d'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par la compagnie.</small>
max. € 285.000			
€ 285.001 et plus			

NB : si vous ne répondez pas à un de ces critères ou si vous répondez "Faux" à au moins une des déclarations ci-dessous, vous devez joindre à la présente déclaration le questionnaire médical complémentaire complété et signé.

	Assuré(e) / Assuré(e) 1*	Assuré(e) 2*
Je ne suis pas actuellement ou je n'ai pas été en incapacité de travail au cours des 5 dernières années pendant plus de 3 semaines consécutives.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je ne suis ou je n'ai pas été sous traitement médical d'une durée de plus de 3 semaines consécutives au cours de ces 5 dernières années.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je ne suis pas ou je n'ai pas été atteint(e) (durant les 10 dernières années) d'une des maladies sévères ou chroniques suivantes : - Tumeur ou cancer - Maladies cardiaques (troubles du rythme cardiaque, infarctus, accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque) - Hépatites - VIH / Sida.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas été (durant les 10 dernières années) ou je ne dois pas être hospitalisé(e), ou subir une intervention chirurgicale (dans les 12 prochains mois).	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux

* En cas de formule 2win

Assuré(e) / Assuré(e) 1*

Veillez préciser votre taille et votre poids. Taille : Poids :

Assuré(e) 2* (uniquement en cas de formule 2win)

Veillez préciser votre taille et votre poids. Taille : Poids :

Déclaration fumeur / non-fumeur : vous pouvez bénéficier du tarif non-fumeur si vous n'avez pas fumé depuis au moins 12 mois.

Assuré(e) / Assuré(e) 1*

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté de fumer depuis
- Je fume

Assuré(e) 2* (uniquement en cas de formule 2win)

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté de fumer depuis
- Je fume

Souhaitez-vous utiliser le questionnaire médical en ligne ?

Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse e-mail pour que nous puissions vous envoyer davantage d'informations.

E-mail de l'assuré(e) 1 :

E-mail de l'assuré(e) 2 (2win) :

Fait à le

Signature du Preneur d'assurance et Assuré(e) 1 en cas de formule 2win
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Signature Assuré(e) ou Assuré(e) 2 en cas de formule 2win
(précédée de la mention "lu et approuvé")

N'oubliez pas de signer les déclarations à la page suivante.

1. Déclaration garantie "Incapacité de travail" (uniquement valable en formule Classic et si cette garantie a été souscrite)

Je déclare :

- Exercer une activité rémunérée à temps plein ou à temps partiel ;
- Au cours des douze mois précédant la signature de cette proposition, ne pas avoir été en incapacité de travail (lire : ne pas avoir travaillé) totale ou partielle pendant plus de trente jours (consécutifs ou non) à cause d'une maladie, d'une affection, d'une opération ou d'un accident et ne pas l'être actuellement.

 Oui Non**2. Déclaration garantie "Perte d'emploi" (uniquement valable en formule Classic et si cette garantie a été souscrite)**

Je déclare :

- Exercer une activité rémunérée à temps plein ou à temps partiel et être sous contrat d'emploi à durée indéterminée et pouvoir prétendre en cas de licenciement à des indemnités de chômage ;
- Avoir commencé mon contrat d'emploi depuis plus de six mois ;
- Ne pas faire l'objet d'une procédure de licenciement ou ne pas en avoir connaissance.

 Oui Non**3. Déclaration "Habitation Propre et Unique"**

Je déclare sur l'honneur, comme candidat preneur d'assurance, que le contrat d'assurance couvre le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de mon habitation propre et unique.

 Oui Non**4. Déclaration générale**

La souscription de ce contrat a-t-elle pour conséquence la résiliation d'un contrat d'assurance-vie auprès d'une autre compagnie ?

 Oui Non

Cette assurance sert-elle à garantir l'emprunt hypothécaire conclu pour acquérir ou conserver un bien immobilier ?

 Oui Non

La résiliation, la réduction ou le rachat d'un contrat d'assurance-vie en cours, en vue de la souscription d'un autre contrat d'assurance-vie, est généralement préjudiciable au preneur d'assurance.

Les frais éventuels liés aux examens médicaux demandés par BNP Paribas Cardif seront pris en charge par celle-ci, à concurrence du tarif Assuralia, et à défaut, du tarif INAMI, si le contrat est souscrit chez BNP Paribas Cardif.

La signature de cette proposition n'oblige aucune des parties à conclure un contrat d'assurance-vie. Aucune prime ou indemnité ne peut être encaissée avant la conclusion du contrat. Si dans les 30 jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat-preneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à être traitées par BNP Paribas Cardif. Elles seront uniquement utilisées afin d'assurer la gestion des produits d'assurances, le service à la clientèle, la promotion des nouveaux produits, l'acceptation des risques, la gestion des contrats, des primes et des sinistres ainsi que la prévention et la lutte contre toute forme de fraude. En vertu de la loi du 08/12/1992, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles en notre possession. Celui-ci peut être exercé sur demande écrite à BNP Paribas Cardif. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de la Commission pour la Protection de la Vie Privée. Dans un but de gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, les soussignés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales les concernant.

La conclusion de ce contrat, peut être soumise aux dispositions de partie 4, titre IV, chapitre 5 de la loi de 4 avril 2014 relative aux assurances et les dispositions d'exécution. Ces dispositions ont comme but d'aider un candidat preneur d'assurance avec un risque accru de santé d'obtenir une assurance solde restant dû qui garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de son habitation propre et unique.

Les soussignés déclarent avoir reçu un exemplaire des conditions générales (HYPO2W version B1 01/2016) et de la présente proposition d'assurance, ainsi qu'une information concernant le régime fiscal du contrat d'assurance.

Le(s) assuré(s) déclare(nt) que l'ensemble des renseignements fournis dans les rubriques "Déclaration de bonne santé" et "Déclarations" sont exacts (toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance, conformément à la loi du 04/04/2014 relative aux assurances).

Le(s) assuré(s) autorise(nt) explicitement les médecins qui l'ont traité ou qui constateront son décès ou son incapacité de travail, à fournir au médecin conseil de la compagnie tous les renseignements utiles et nécessaires pour décider d'une éventuelle intervention.

Le preneur déclare avoir reçu de l'intermédiaire les renseignements tels que prévus dans la loi du 04/04/2014 relative aux assurances.

Fait à le



Signature Preneur d'assurance et
Assuré(e) 1 en cas de formule 2win
(précédée de la mention "lu et approuvé")



Signature Assuré(e) ou
Assuré(e) 2 en cas de formule 2win
(précédée de la mention "lu et approuvé")



BNP PARIBAS CARDIF

Cardif Assurance Vie S.A
Entreprise d'assurance agréée par la BNB
sous le n° de code 979 - RPM Bruxelles BE0435018274
IBAN BE17 0016 5444 3821 / BIC GEBABEBB

Cardif-Assurances Risques Divers S.A
Entreprise d'assurance agréée par la BNB
sous le n° de code 978 - RPM Bruxelles BE0435025994
IBAN BE44 0016 5468 8745 / BIC GEBABEBB