



Assurance d'accidents individuels + revenus garantis maladie.

1. Courtier

Nom: n° FSMA:
Rue: n°: bte:
Code postal: Commune:
Téléphone: Fax:
Adresse e-mail:

2. Preneur d'assurance

Nom :
Rue:
Code postal:
Téléphone:
Fax:
N° d'entreprise.
Etat civil:
Date de naissance: / /
Sexe:
Nationalité:
Adresse e-mail:

3. Assuré

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

4. Activités professionnelles de l'assuré

PROFESSION PRINCIPALE

Description précise:

.....
.....

PROFESSION SECONDAIRE

Oui Non

Description précise:

.....
.....

Depuis:/...../.....

OCCUPATIONS

Vos activités professionnelles comprennent-ils des travaux manuels ? Oui Non

Si oui, détaillez :

.....

Y-a-t'il des occupations professionnelles qui sont d'une telle nature qu'elles accroissent le risque, soit des activités autres que la profession du concepteur dans la construction avec contrôle sur l'exécution des travaux?

Oui Non

Si oui, détaillez :

5. Sports

L'assuré pratique-t-il l'un des sports suivants:

Ski Alpinisme Parachutisme Plongée aquatique Delta-plane Bobsleigh
 Skeleton Rugby Spéléologie Sports de combats Hockey sur glace Sports de défense

L'assuré pratique-t-il un(des) autre(s) sport(s) ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

A quelle fréquence?

L'assuré pratique-t-il un(des) sport(s) en compétition ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

L'assuré pratique-t-il un(des) sport(s) en tant que professionnel ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

L'assuré fait-il usage, même en tant que passager, d'un véhicule à 2 ou 3 roues de plus de 50cc ? Oui Non

Si oui, précisez la fréquence et la cylindrée:

L'assuré fait-il usage d'engins aériens privés ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

L'assuré fait-il usage de canots à moteur ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)?

6. Etat de santé

L'assuré s'est-il déjà retrouvé en état d'incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident ? Oui Non

Si oui, nature de l'incapacité?

Dans quelles circonstances?

Durée de l'indisponibilité?

L'assuré suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel?

Qui est le médecin traitant?

L'assuré a-t-il déjà subi une hospitalisation ? Oui Non

Si oui, pourquoi?

Durée?

L'assuré a-t-il une déficience physique ? Oui Non

Si oui, laquelle?

Depuis quand?

Degré d'invalidité?

Existe-t-il des circonstances aggravant le risque ? Oui Non

Si oui, lesquelles?

L'assuré est-il: Gaucher Droitier Ambidextre

7. Autre assurances

D'autres assurances accidents, assurances invalidité ou assurances-vie ont-elles été déjà souscrites auprès d'autres compagnies? Oui Non

Si oui, auprès de quelle(s) compagnie(s)

Sous quel(s) numéro(s) de police ?

Pour quels montants ?

L'assurance a-t-elle été résiliée ou suspendue ? Oui Non

Si oui, par qui ?

Pour quelles raisons?

Une proposition d'assurance pour une telle couverture a-t-elle déjà fait objet d'un refus ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

8. Garanties souhaitées

ACCIDENTS 24+

Revenu annuel à assurer: EUR (*)

Souhaitez-vous voir votre contrat indexé annuellement? Oui Non

Quelle formule de contrat souhaitez-vous? Formule de base Formule II Formule III

Formules	FORMULE DE BASE	FORMULE II	FORMULE III
Décès (capital) :	4 x rev. an. à assurer	2 x rev. an. à assurer	0 x rev. an. à assurer
Invalidité permanente (capital) :	8 x rev. an. à assurer	10 x rev. an. à assurer	12 x rev. an. à assurer
Invalidité temporaire (indemnisation journalière) :	rev. an. à assurer / 365	rev. an. à assurer /365	rev. an. à assurer / 365

(*) Déclaration concernant les revenus professionnels:

Le preneur d'assurance déclare que la rente annuelle à assurer ne dépasse pas 80 % des revenus professionnels (annuels) nets de l'assuré.

Bénéficiaire (nom, prénom, adresse, date de naissance et lien existant avec le preneur d'assurance):

.....
.....

MALADIE (police conclue par AMMA via intermédiaire de Protect)

Echéance annuelle: 01/05 01/11

Rente annuelle à assurer: EUR (*)

Délai de carence: 30 jours 60 jours 90 jours 180 jours 365 jours

Type de rente: Constante Revalorisable

Age d'expiration: 55 ans 60 ans 65 ans

(*) Déclaration concernant les revenus professionnels:

Le preneur d'assurance déclare que la rente annuelle à assurer ne dépasse pas 80 % des revenus professionnels (annuels) nets de l'assuré.

9. Loi sur la vie privée

Protect attache beaucoup d'importance à la protection de votre vie privée.

Bien que la plupart des informations demandées par Protect ne contiennent pas de données personnelles, il n'est pas exclu que nous demandions au preneur d'assurance des données personnelles.

Ces données seront utilisées uniquement dans le but de fournir les informations sollicitées et en vue de fournir un service optimal.

L'utilisateur dispose d'un droit de regard et de correction, le cas échéant, de ses données personnelles.

Vos données personnelles ne seront pas communiquées à des tiers.

Le preneur d'assurance autorise Protect à rassembler, conserver et traiter ses données personnelles et ce, uniquement dans le cadre du but pour lequel elles sont fournies.

10. Déclarations

Le preneur d'assurance déclare que les déclarations mentionnées ci-dessus correspondent à la réalité, sans aucune dissimulation ou fausse déclaration.

Veillez joindre toute documentation pouvant être utile à l'assureur pour l'appréciation du risque (conformément à l'obligation de déclaration du risque).

Cette proposition sert de base à la tarification et fera partie intégrante de la police d'assurance.

Par la transmission de ces données à Protect, le preneur d'assurance ne s'engage pas à souscrire une police d'assurance.

Le preneur d'assurance déclare explicitement que toute information peut être transmise via un support durable tel que une clé USB ou un site web protégé en lieu et place d'un envoi papier.

A cette fin, il indique son adresse e-mail comme preuve irréfutable de l'accès à l'internet et le moyen de communication électronique. Via l'adresse e-mail communiquée, il sera mis au courant de l'adresse web et de l'endroit où il peut obtenir l'accès à l'information.

Le soussigné confirme également explicitement que toute communication peut s'opérer via l'adresse E-mail communiquée.

Complété à:

Date:

Le courtier certifie la conformité de
la signature du preneur d'assurance,

Le preneur d'assurance,

Le courtier:

Nom + signature,