

ASSURANCES MMH scrl

Pour les médecins, dentistes, vétérinaires et pharmaciens biologistes

PROPOSITION D'ASSURANCE

Revenu garanti en cas d'incapacité totale de travail, destiné aux assurés qui ont atteint 65 ans ou qui ont pris leur pension légale et qui maintiennent une activité professionnelle couverte.



info@mmh.be
www.mmh.be



ASSURANCES MMH SCRL
Boulevard Alfred de Fontaine, 15
6000 CHARLEROI
Tél. : 071/30.85.90
Fax : 071/32.57.92

IBAN BE34 2600 0666 6090
BIC GEBABEBB
N.E 0411.790.041
Agrément BNB : 2921
Branche : 02

1. Candidat assuré

N° d'inscription à l'ordre N° INAMI (pour les dentistes)		
Nom, prénom		
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Nationalité		
Numéro national		
Etat civil		
Rue, numéro et boîte		
Code postal, localité		
N° Compte bancaire		
Nom et prénom du/de la conjoint(e)		
Profession du/de la conjoint (e)		
Enfant(s)		
Téléphone		Gsm :
Téléfax		E-mail
Souhaitez-vous recevoir le courrier administratif par voie électronique ? <input type="checkbox"/> oui- <input type="checkbox"/> non		

2. Candidat preneur d'assurance

<p>Quelle est votre profession ? Spécifiez</p> <p>Spécialité :</p> <p>De quelle université êtes-vous diplômé ?</p> <p>Quel est votre statut professionnel : <input type="checkbox"/> Indépendant</p> <p>Exercez-vous en société ? : oui - non</p> <p>Si oui, la société est-elle le preneur d'assurance ? oui - non</p> <p>Si oui, veuillez préciser les coordonnées complètes de la société :</p> <p>NE :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tel :</p>



3. Autres activités

A. Pratiquez-vous du sport ? oui - non
Si oui, lequel, lesquels ?

Pratiquez-vous des sports dangereux ? oui - non
Si oui, lequel, lesquels ?

Dans le cadre d'une compétition sportive ? oui - non
Professionnelle
Semi-professionnelle
Précisez :

4. Autres assurances

A. Êtes-vous actuellement couvert par une assurance invalidité, une assurance contre les accidents corporels ou une assurance vie ou êtes-vous en pourparlers en vue de la souscription d'une telle assurance ? oui - non
Si oui, auprès de quelle institution ou quel organisme ?

Pour quelle rente annuelle ? Pour quels capitaux ?

B. Une proposition d'assurance invalidité, d'assurance contre les accidents corporels ou d'assurance vie a-t-elle été refusée ou ajournée, est-elle restée sans suite ou a-t-elle fait l'objet d'une acceptation moyennant surprime et/ou conditions spéciales ou restrictives ? oui - non
Si oui, auprès de quelle institution ou quel organisme ? Précisez

Une telle assurance, souscrite sur votre tête a-t-elle été résiliée ? oui - non
Si oui, auprès de quelle institution ou quel organisme ? Par qui, quand et pour quel(s) motif(s) ?

5. Formule

Séjournerez-vous régulièrement à l'étranger pour des raisons professionnelles ? oui - non
Si oui, pour quelle(s) période(s) et dans quels pays ?
Précisez :



ASSURANCES MMH SCRL
Boulevard Alfred de Fontaine, 15
6000 CHARLEROI
Tél. : 071/30.85.90
Fax : 071/32.57.92

IBAN BE34 2600 0666 6090
BIC GEBABEBB
N.E 0411.790.041
Agrément BNB : 2921
Branche : 02

Pour pouvoir prétendre à une couverture chez MMH SCRL, le revenu annuel brut attendu doit être de minimum : (il vous est loisible de choisir le taux que vous souhaitez pour autant qu'il ne soit pas supérieur au montant des revenus référencés)

*	Taux journalier (tarif 2021)	Montant de revenus annuels bruts nécessaires	Montant prime annuelle TTC (tarif 2021)
<input type="checkbox"/>	27,60 €	9.500,00 €	419,16 €
<input type="checkbox"/>	55,20 €	19.000,00 €	838,32 €
<input type="checkbox"/>	110,40 €	38.000,00 €	1.676,63 €
<input type="checkbox"/>	165,61 €	57.000,00 €	2.514,95 €

***Veuillez cocher la case adéquate**

Je reconnais qu'en optant pour l'une des catégories déterminées en fonction du montant de mes revenus annuels bruts, je pourrais le cas échéant être amené à devoir justifier ce montant envers Assurances MMH scrl, notamment par la production de tout document fiscal.

Le candidat-assuré déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont en tous points sincères et conformes à la vérité et se déclare responsable de l'exactitude de ces réponses alors même qu'un tiers les aurait écrites. Il déclare en outre n'avoir rien omis ni caché, qui puisse induire ASSURANCES MMH SCRL en erreur.

Le preneur d'assurance est invité à déclarer tout élément complémentaire susceptible d'influencer l'appréciation du risque.

La présente proposition doit servir de base au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'annulation de l'assurance.

Le preneur d'assurance fait siennes les déclarations de l'assuré.

La signature de la proposition d'assurance ne fait pas courir la couverture et n'engage ni le candidat-preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat.

Si dans les trente jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat-preneur d'assurance, 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 dommage et intérêts.

En vertu de l'article 9.2.a) du RGPD (Règlement général sur la protection des données), le traitement de données à caractère personnel concernant la santé est autorisé lorsque la personne concernée a donné son consentement explicite au traitement de ces données pour une ou plusieurs finalités spécifiques.

En conséquence, je donne également à Assurances MMH SCRL mon consentement explicite, univoque et éclairé en vue du traitement des catégories particulières de données à caractère personnel décrites dans la présente proposition d'assurance, dans le cadre de l'exécution des obligations du contrat d'assurance auquel j'entends souscrire.

Les informations recueillies pour cette proposition d'assurance sont utilisées exclusivement pour la finalité de l'assurance du revenu garanti.

Conformément à l'article VI.58, § 1^{er} du Code Des Entreprises :... « l'assuré dispose d'un délai d'au moins 14 jours calendrier pour se rétracter du contrat, sans pénalités et sans indication de motif. Le délai court à compter du jour où le contrat est conclu, ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article VI.57, § 1^{er} ou §2 du CDE, si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat ».

Fait à _____, le _____

Signature du candidat assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du candidat preneur d'assurance si différent de l'assuré, précédée de la mention « lu et approuvé »

Document à retourner à l'adresse suivante :
ASSURANCES MMH SCRL
Boulevard A. de Fontaine, 15 – 6000 CHARLEROI

