

ASSURANCES MMH SCRL

PROPOSITION D'ASSURANCE

POUR LES CANDIDATS MÉDECINS DE MOINS DE 30 ANS ET
ASSISTANTS EN FORMATION

Déclarations du candidat à assurer

Le candidat est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.



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		
Nom, prénom		
Nationalité		
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
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 :
Fax		E-mail :

2. Candidat preneur d'assurance

Quelle est votre profession ? Spécifiez

Spécialité :

De quelle université êtes-vous diplômé ?

Quel est votre statut professionnel : Assistant

Projetez-vous d'effectuer un stage à l'étranger ? Oui Non

Si oui, à quelle date ?

Dans quel pays ?

Dans le cas où cette opportunité interviendrait après la signature de la présente proposition, je m'engage à avertir immédiatement MMH Oui



3. 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) ?

4. Formule

Séjournez-vous régulièrement à l'étranger pour des raisons professionnelles ?

oui - non

Si oui, pour quelle(s) période(s) et dans quel(s) pays ?

Précisez :

5. Canal de diffusion

Par quel canal avez-vous connu l'existence de ASSURANCES MMH scrl ?

Un courtier : oui - non

Si oui, nom et adresse du courtier :

Un confrère : oui - non

Si oui, identité du confrère :

Un mailing : oui - non

Autres, à préciser :



Délai de carence de 30 jours

Terme du contrat à 67 ans

Taux journaliers initiaux en vigueur en 2021* : 28,15€ 56,30€ 84,46€
(indexation annuelle de 2%)

***Veillez cocher la case adéquate**

Montant de la prime TTC :

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 »**

