

ASSURANCES MMH SC

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 SC
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 :
Souhaitez-vous recevoir le courrier administratif par voie électronique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

2. Candidat preneur d'assurance

Quelle est votre profession ? Médecin
Spécialité :
De quelle université êtes-vous diplômé ?
Quel est votre statut professionnel : <input checked="" type="checkbox"/> Assistant
Date du début de votre assistantat ?
Date estimée de la fin de votre assistantat ?
Projetez-vous d'effectuer un stage à l'étranger ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date ?
Dans quel pays ?
<i>Dans le cas où cette opportunité interviendrait après la signature de la présente proposition, je m'engage à introduire une demande spécifique à MMH, 3 mois avant le départ</i> <input type="checkbox"/> Oui



3. Autres assurances

A. Êtes-vous actuellement couvert par une assurance invalidité, une assurance contre les accidents corporels 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. Canal de diffusion

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

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 :



5. Couverture choisie

Pendant l'assistantat ou avant 30 ans

Délai de carence de 30 jours			
Terme du contrat à 67 ans			
Taux journaliers initiaux en vigueur en 2024* :	<input type="checkbox"/> 29,87€	<input type="checkbox"/> 59,75€	<input type="checkbox"/> 89,63€
(Indexation annuelle de 2%)			
*<u>Veillez cocher la case adéquate</u>			
Montant de la prime annuelle TTC :	<input checked="" type="checkbox"/> 32,63€	<input checked="" type="checkbox"/> 65,28€	<input checked="" type="checkbox"/> 97,92€

Après l'assistantat ou dès 30 ans

Sans autre formalité, dès la fin de l'assistantat ou dès la survenance du 30^{ème} anniversaire de l'assuré, le taux journalier est automatiquement porté à 179,27€ (valeur en 2024).

Délai de carence de = 0 si hospitalisation et 3 jours ouvrables en dehors d'une hospitalisation.			
*** si statut d'indépendant.			
Terme du contrat à 67 ans			
Taux journalier initial (tarif 2024*) :	<input type="checkbox"/> 179,27€	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
(Indexation annuelle de 2%)			
*<u>Veillez cocher la case adéquate</u>			
Montant de la prime annuelle TTC : moins de 30 ans : <input checked="" type="checkbox"/> 751,65€ - tarif évolutif selon l'âge , suite à l'application de réductions de prime (67% < 30 ans, 50% de 30 à 35 ans puis 20% jusqu'à 40 ans.)			

Le candidat-assuré déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont en tout point 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 ni omis ni caché, qui puisse induire ASSURANCES MMH SC 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 SC 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** »

--

