



Proposition d'assurance Revenu garanti

Intermédiaire _____

1 Candidat-preneur d'assurance

Femme Homme Entreprise INAMI

Prénom _____ Nom _____

Nom de l'entreprise _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Lieu _____ Pays _____

Numéro de registre national (ou numéro d'entreprise) _____ Nationalité _____

Numéro de téléphone _____ E-mail _____

Lien de parenté avec l'assuré _____

Je souhaite recevoir toutes les communications à propos de mon assurance par courriel (y compris pièces de police). Si vous souhaitez payer votre prime mensuellement, vous recevrez toutes les communications par courriel.

2 Candidat-assuré

Identique au preneur

Femme Homme

Prénom _____ Nom _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Lieu _____ Pays _____

Numéro de registre national (ou numéro d'entreprise) _____ Nationalité _____

Numéro de téléphone _____ E-mail _____

Je souhaite recevoir toutes les communications à propos de mon assurance par courriel (y compris pièces de police). Si vous souhaitez payer votre prime mensuellement, vous recevrez toutes les communications par courriel.

3 Bénéficiaire

Identique au preneur d'assurance Identique à l'assuré

Femme Homme Entreprise

Prénom _____ Nom _____

Numéro de registre national _____



4 Conditions du contrat

Date de début	_____					Montant de la rente annuelle	_____			
Paiement	Annuel	_____					Trimestriel (avec domiciliation)	_____		
	Semestriel	_____					Mensuel (avec domiciliation)	_____		
Numéro de compte du preneur d'assurance	_____					BIC	_____			
Type de rente	Constante	Croissante	Croissante idéale	1%	2%	3%				
Type de prime	Nivellée	Risque								
Âge final	<input checked="" type="checkbox"/> 67 ans	65 ans	Motif _____							
Risque assuré	<input checked="" type="checkbox"/> Maladie et accidents									
¹ DC	1m	2m	3m	6m	12m	Franchise anglaise	¹ Délai de carence (en mois)			
Disposez-vous déjà d'une assurance contre les risques, la maladie et les accidents ?						Oui	Non			
Si oui, compagnie et capital/rente assuré(e)	_____									

Communications concernant le traitement des données à caractère personnel

1. Les données à caractère personnel collectées dans le cadre de la proposition d'assurance seront traitées par Xerius Association d'Assurances Mutuelles, Brouwersvliet 4 boîte 4, 2000 Anvers, conformément au règlement général 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD). Le fondement du traitement des données à caractère personnel ordinaires est « nécessaire à l'exécution d'un contrat ». Pour le traitement de données à caractère personnel particulières telles que les données relatives à la santé, il s'agit d'un consentement.
2. Vos données seront stockées et traitées dans un fichier aux fins de la gestion de votre (vos) police(s) d'assurance, de l'information sur les produits et services d'assurance que nous offrons et à des fins promotionnelles. Vous avez à tout moment le droit de consulter gratuitement ces données et de les faire rectifier si nécessaire. Si vous ne souhaitez pas que nous utilisions vos données à des fins promotionnelles, vous pouvez faire supprimer vos données à ces fins gratuitement ou vous désabonner via le lien figurant dans l'e-mail.
3. Si vous êtes également affilié à Xerius Caisse d'Assurances Sociales, vos revenus nous seront transmis pour le calcul de votre prime optimale. Cette transmission est effectuée sur la base d'un intérêt légitime. Si vous ne le souhaitez pas, cela ne se reproduira plus à votre simple demande.
4. Dans notre déclaration de confidentialité, disponible sur la page www.xerius.be/fr-be/privacy-statement, vous pouvez en savoir plus sur le traitement de vos données à caractère personnel et vos droits en vertu du RGPD. Les questions spécifiques concernant la vie privée et vos droits peuvent être adressées à privacy@xerius.be.



Déclarations de la personne à assurer

1. Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et complètes et que je n'ai rien caché qui puisse induire en erreur Xerius Association d'Assurances Mutuelles dans sa décision sur l'assurance de revenu garanti proposée. Je sais que si tel était le cas, l'assurance souscrite serait nulle et non avenue.
2. Je libère mon médecin traitant du secret médical vis-à-vis du service de suivi médical et du médecin-conseil de Xerius Association d'Assurances Mutuelles au cas où des informations précontractuelles supplémentaires seraient nécessaires pour vérifier les données fournies dans le questionnaire médical et pour évaluer le risque.
3. Je confirme avoir reçu une copie certifiée conforme de la proposition d'assurance, ainsi que les conditions générales et le document d'information relatif au produit d'assurance qui se trouvent sur le site Web de Xerius : www.xerius.be/fr-be/independants/outils-et-documentations/formulaires-et-publications.
4. En cas d'écart par rapport à l'âge final légal, tant le preneur d'assurance que l'assuré déclarent que cela a été fait à leur demande et que le plus jeune âge est l'âge final normal.
5. Je confirme que je suis conscient du fait que Xerius Association d'Assurances Mutuelles peut, sur la base de la proposition d'assurance complétée, limiter la couverture d'assurance si nécessaire en introduisant des clauses spécifiques dans les conditions particulières et/ou des primes supplémentaires.
6. Je déclare que la signature de cette proposition d'assurance n'implique pas le début de la police. Sur la base de cette proposition d'assurance, Xerius Association d'Assurances Mutuelles établira une police d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de la proposition d'assurance dûment remplie et signée. La police d'assurance ne débute qu'à la réception d'une copie signée de la police d'assurance par Xerius Association d'Assurances Mutuelles et à la réception de la première prime.

Les questions concernant la proposition d'assurance peuvent être envoyées par courrier à Xerius Association d'Assurances Mutuelles, Services Assurances, Brouwersvliet 4 boîte 4, 2000 Anvers ou par e-mail à assurances@xerius.be.

Établi à _____ le _____

Signature

Personne à assurer

Le preneur d'assurance

À renvoyer à Xerius Association d'Assurances Mutuelles, joignez-y une copie en double exemplaire de votre carte d'identité à
Brouwersvliet 4 boîte 4, 2000 Anvers - E-mail : assurances@xerius.be