

PROPOSITION D'ASSURANCE

La présente proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur d'assurance, ni DKV Luxembourg S.A à conclure un contrat.

DKV Luxembourg S.A.

11-13, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange
Téléphone +352/42 64 64-1
Télécopie +352/42 64 64-250
info@dkv.lu
www.dkv.lu

R.C.S Luxembourg, B 45762
Société Anonyme

Adresse postale:
DKV Luxembourg S.A.
Boîte postale 845
L-2018 Luxembourg

Formulaire de demande pour preneur d'assurance

No. police	GVLZ	Agent Marco OTTEN	4336 / 2770	Date de la demande :	Disposition police
------------	------	----------------------	-------------	----------------------	--------------------

Informations sur le preneur d'assurance / demandeur

Titre	Prénom et nom	Sera assuré?	Sexe	Date de naissance	Pays de nationalité
-------	---------------	--------------	------	-------------------	---------------------

Adresse du preneur d'assurance

Rue et no.	Profession actuelle/titre
Code postal/Lieu	Téléphone / Télécopie
E-mail	GSM

Autre adresse

Employeur École Université Autre

Nom	E-mail
Rue et no.	Téléphone / Télécopie
Code postal/Lieu	Remarques

DÉCLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

1. Proposition d'assurance

Le preneur d'assurance reconnaît savoir que cette proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur d'assurance, ni DKV Luxembourg S.A. à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait en aucun cas courir la couverture d'assurance.

Dans les 30 jours de la réception de la proposition, sous peine de dommages et intérêts, DKV Luxembourg S.A. notifiera le preneur d'assurance, soit d'une offre d'assurance, soit la subordination à une demande d'enquête (p.ex. visite médicale), soit le refus d'assurer.

L'agent d'assurance est agréé auprès de DKV Luxembourg S.A. et est enregistré dans le «Registre des Intermédiaires d'Assurances et de Réassurances». La consultation des agréments agents peut se faire à partir du site web du Commissariat aux Assurances sous <http://www.caa.lu/>, rubrique «Intermédiaires».

2. Données personnelles

Le responsable du traitement des données personnelles est DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Le délégué à la protection des données est joignable à l'adresse : dpo@lalux.lu

Conformément au règlement sur la protection des personnes à l'égard du traitement des données personnelles, le responsable du traitement collecte et traite les données personnelles que le preneur d'assurance lui a communiquées ainsi que celles qu'il lui communique ultérieurement pour les finalités suivantes :

- Apprécier les risques, préparer, établir, gérer, exécuter les contrats d'assurance. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée (c'est-à-dire le preneur d'assurance et l'(ou les) assuré(s)) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci, telles que des demandes d'offre / devis. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés et agents du responsable du traitement, aux médecins conseils, à ses sous-traitants et à son réassureur.
- Collecter les données transmises et les transmettre le cas échéant au Commissariat Aux Assurances dans le contexte de la loi modifiée du 07/12/2015 sur le secteur des assurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.
- Collecter les données transmises et les transmettre le cas échéant aux auditeurs externes dans le cadre de travaux requis par la loi modifiée du 08/12/1994 sur les comptes annuels des entreprises d'assurances et de réassurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.
- Prévenir ou détecter tout risque de fraude et respecter les interdictions et mesures financières restrictives prises à l'encontre de personnes, entreprises ou groupes. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ou à la protection des intérêts légitimes du responsable du traitement. Les données personnelles sont le cas échéant, partagées avec une autorité compétente telle que la cellule de renseignement financier dans le strict respect de la loi applicable.
- Gérer la relation commerciale avec ses clients – y compris (sauf refus de leur part) de les informer sur des produits ou services analogues ou complémentaires à ceux qu'ils ont déjà souscrits et également sur des nouveaux produits et services. Le traitement est basé sur les intérêts légitimes du responsable du traitement pour rendre attentifs ses clients et les conseiller sur les produits et services d'assurance. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés du Groupe LALUX et à des agents du réseau LALUX. Dans le cadre de cette finalité, les données sur la santé ne sont pas communiquées; celles-ci sont uniquement traitées par la société qui les a collectées.
- Corresponde avec ses avocats, conseillers, médecins ou tout autre intervenant et leur transmettre, ainsi qu'au Commissariat Aux Assurances (CAA), à l'Association des Compagnies d'Assurances (ACA) voire aux magistrats en charge et aux experts désignés, les données nécessaires afin de protéger ses droits notamment dans le cadre de la défense ou de la protection de ses droits et intérêts (par exemple le recouvrement de sommes dues, la contestation des conditions d'intervention), d'actions en justice, de la gestion de réclamations ou de litiges, etc. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale ou à la protection des intérêts légitimes du responsable du traitement. Les données personnelles peuvent donc être communiquées aux parties mentionnées ci-dessus.

Le responsable du traitement agit conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi modifiée sur le secteur des assurances concernant le secret professionnel en matière d'assurances.

Le preneur d'assurance reconnaît savoir également que la réponse aux questions posées dans la proposition d'assurance ou autres documents éventuels est obligatoire. A défaut, le responsable du traitement est en droit de refuser la relation d'affaire.

La personne concernée dispose du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement y relatif. Elle dispose également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données. Le droit d'opposition au traitement entraîne la résiliation du contrat. En effet, l'appréciation du risque par le responsable du traitement est basée sur les informations recueillies. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi, les omissions ou inexactitudes intentionnelles induisant le responsable du traitement en erreur sur les éléments d'appréciation du risque entraînent la nullité du contrat.

Le preneur d'assurance s'engage donc à déclarer sans délai tous les troubles, maladies, accidents, traitements, y compris dentaires ou orthodontiques, et généralement, tout examen quelconque, même prévus respectivement conseillés, jusqu'à la date d'effet du contrat.

Par sa signature, le preneur d'assurance certifie qu'il a répondu sincèrement à tous les points. Il assume la responsabilité des déclarations qu'il a signées, même si la proposition a été remplie par un intermédiaire d'assurance.

Le preneur d'assurance reconnaît au responsable du traitement le droit de vérifier l'exactitude de tous les renseignements donnés, sachant qu'il peut exiger

la présentation de tout document qu'il juge nécessaire à cet effet et à l'effet d'éclaircir les indications fournies.

Le responsable du traitement est susceptible d'utiliser des systèmes automatisés d'aide à la décision, par exemple lors de contrôles visant à prévenir le risque de fraude. Il est susceptible d'utiliser de tels procédés afin de lui permettre de déterminer si la relation d'affaire avec un client ou un contrat implique un risque de fraude. Par conséquent, des pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées par le responsable du traitement et celui-ci a le droit de ne pas accepter la souscription.

Cependant, le responsable du traitement n'effectue pas de traitement consistant en une évaluation automatisée basée sur des aspects personnels et toutes les décisions sont prises de façon non automatisée, en traitant des données personnelles impliquant une intervention humaine. Il existe un séquençage destiné à cibler les campagnes marketing, qui n'implique aucune décision et n'engage en rien les personnes concernées envers le responsable du traitement.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter de leur collecte par le responsable de traitement ou du dernier contact émanant du prospect. Sinon, la durée de conservation des données est limitée à la durée du traitement des données et à la période postérieure pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre au responsable du traitement de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

3. Conditions générales

Par sa signature, le preneur d'assurance déclare avoir reçu les Conditions Générales, les Conditions Administratives et les définitions ainsi que les Conditions Particulières régissant le présent contrat, en avoir pris connaissance et en approuver entièrement les termes.

4. Tarifs sans provision de vieillissement

Le preneur d'assurance a pris connaissance des particularités suivantes pour le tarif sans provision de vieillissement :

Le tarif sélectionné est calculé sur la base du type d'assurance-dommages. Cela signifie qu'aucune provision de vieillissement n'est constituée en vue de préfinancer le recours de plus en plus fréquent à la couverture d'assurance lié à la vieillesse. Les cotisations d'assurance sont réparties par tranche d'âge. La cotisation correspondant à la tranche d'âge supérieure est à payer au titre de toute l'année durant laquelle celle-ci est atteinte. Cette disposition ne donne pas lieu à un droit de résiliation spécial. Le preneur d'assurance/la personne assurée peut à tout moment au cours de la durée du contrat passer à un tarif avec provision de vieillissement. Ce changement se fait sur demande écrite du preneur d'assurance/de la personne assurée au début du mois suivant et en tenant compte de l'âge d'entrée à cette date. En cas de passage d'un tarif sans provision de vieillissement à un tarif avec provision de vieillissement, aucun nouvel examen médical n'est effectué. A l'occasion d'un changement de tarif prévoyant une provision de vieillissement en faveur d'un tarif sans provision de vieillissement, les montants jusqu'à économisés au titre du préfinancement sont perdus. Si, à un moment ultérieur, un nouveau changement en faveur d'un tarif avec provision de vieillissement venait à être demandé et exécuté, le calcul des montants économisés au titre du préfinancement commencera alors à la date de ce nouveau changement. A l'occasion d'un changement de tarif prévoyant une provision de vieillissement en faveur d'un tarif sans provision de vieillissement, les montants jusqu'à économisés au titre du préfinancement sont perdus.

SANCTIONS FINANCIÈRES

Est exclu tout paiement d'une indemnité, tout remboursement, ou plus généralement toute couverture d'assurance ou fourniture d'une quelconque prestation d'assurance, en application des présentes conditions générales, si ce paiement, cette couverture ou ces prestations interviennent en violation de sanctions internationales résultant d'une résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies, d'une décision du Conseil de l'Union Européenne, de la Commission de l'Union Européenne, et plus généralement en violation de toute disposition entraînant des sanctions économiques ou commerciales internationales ou en violation des lois ou règlements de toute autorité nationale pouvant s'appliquer à la Compagnie.

Si des sanctions internationales devenaient applicables pendant la durée du contrat et limitaient ou éliminaient la capacité de la Compagnie à fournir la ou les garanties telle(s) que prévue(s) au contrat, le preneur d'assurance et la Compagnie auront la possibilité de résilier le contrat conformément aux lois réglementations applicables à ce dernier. En cas de résiliation, la Compagnie conservera une portion de la prime correspondant au prorata de la période pendant laquelle le contrat a été en vigueur, conformément à l'article 40 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Prime totale à payer en euros :

Le montant total est calculé à partir des contributions individuelles des personnes, déduction faite des remises et majoré de la taxe d'assurance.

Intervalle de paiement: mensuellement trimestriellement semestriellement annuellement
(Le paiement mensuel se fera par prélèvement) (moins 2% d'escompte) (moins 3% d'escompte)

Mode de paiement : prélèvement automatique/domiciliation (Veuillez remplir le mandat SEPA.) par virement

Compte de remboursement

Nom de la banque	Titulaire du compte	
IBAN	BIC	
Date/Lieu	Adresse de l'agent	Zur Startbahn 11a 54634 Bitburg
Signature du demandeur (prénom et nom).	Signature de l'agent	

La signature de cette proposition ne donne lieu à aucune couverture d'assurance. DKV Luxembourg S.A. est obligée, sous peine de dommages et d'intérêts, de notifier au candidat preneur, dans les trente jours de la réception de la proposition, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande de renseignements supplémentaires sur l'état de santé afin d'évaluer les risques, soit le refus d'assurer. Le preneur d'assurance dispose de la faculté de résilier le contrat avec effet immédiat, par courrier recommandé, endéans un délai de trente jours à compter du moment où ce dernier est informé de la conclusion du contrat.

SEPA-Lastschriftmandat | SEPA Direct Debit Mandate | Mandat de prélèvement SEPA

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen | To be completed by the Creditor | A compléter par le créancier

Mandatsreferenz | Mandate Identification | Identification du mandat

Mit Bezug auf den Vertrag:
In respect of the contract:
Objet du mandat :

wiederkehrende | recurrent | récurrent
(mehrmalige Nutzung | can be used more than once | peut être utilisé plusieurs fois)

Zahlungsart:
Type of payment:
Type d'encaissement :

Oder | or | ou
 einmalige | one-off | unique
(einmalige Nutzung | can only be used once | ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

Vom Zahlungspflichtigen auszufüllen | To be completed by the Debtor | A compléter par le débiteur

Identifikation des Zahlungspflichtigen | Debtor Identification | Identification du débiteur

Name | Nom
(max. 70 Zeichen | characters | caractères)

Adresse | Address
(max. 70 Zeichen | characters | caractères)

Land | Country | Pays

PLZ | Postcode | Code postal

Ort | City | Ville

IBAN

BIC
(max. 11 Zeichen | characters | caractères)

BIC: keine Pflicht in Belgien | not mandatory in Belgium | pas obligatoire en Belgique

Ich ermächtige/wir ermächtigen die DKV Luxembourg S.A., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DKV Luxembourg auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine/Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir bei meinem/ unserem Kreditinstitut anfordern kann/können.

By signing this mandate form, you authorise the DKV Luxembourg S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the DKV Luxembourg S.A. Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Remarque : Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits relatifs à ce mandat sont expliqués dans un document dont vous pouvez obtenir communication auprès de votre banque.

Datum | Date: _____

Ort | Place | Lieu : _____

Name | Nom _____

Hier unterschreiben -> | Sign here -> | Veuillez signer ici ->

Unterschrift(en) | Signature(s)

Questions autres et relatives à l'état de santé

Toutes les personnes à assurer sont tenues de répondre de façon détaillée aux questions ci-dessous. Il y a lieu d'indiquer également les malaises, maladies et séquelles d'accidents considérés comme non-essentiels. Les traits ne sont pas considérés comme réponse. Si l'espace prévu pour les réponses aux questions ci-après est insuffisant, vous pouvez y répondre sur une feuille séparée annexée à la demande d'assurance, en indiquant le numéro de chaque personne et en renvoyant à cette annexe dans la demande. Chaque personne à assurer, âgée de plus de 16ans, doit signer, le cas échéant, les annexes.

Dans le cas où le demandeur ne souhaiterait pas donner certains renseignements à l'intermédiaire, il peut les communiquer directement par lettre recommandée à la DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Ces renseignements doivent être communiqués dans un délai de trois jours. Le demandeur est tenu d'indiquer immédiatement à l'assureur tous les traitements médicaux et les modifications de l'état de santé des personnes à assurer qui surviennent jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance.

IMPORTANT : Veuillez expliquer les question répondues par "oui" sur la feuille correspondante de la personne à assurer, en indiquant le numéro de la question dans l'espace prévu.

1.	Poids en kg
2.	Taille en cm
3.	Y a-t-il eu ces 5 dernières années un séjour en hôpital, dans une maison de santé ou dans un sanatorium?
4.	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des interventions chirurgicales (également en ambulatoire)? Avez-vous passé, au cours des 5 dernières années, des examens radiologiques (par exemple radios, résonances nucléaires) ou suivi des radiothérapies ou des chimiothérapies ?
5.	Y a-t-il eu un traitement de psychothérapie ou de désintoxication pendant les 5 dernières années ?
6.	Y a-t-il eu ces 3 dernières années ou y a-t-il actuellement des maladies, des séquelles d'accidents, des allergies, des malaises ou d'autres problèmes de santé ou des examens / traitements ?
7.	Un examen médical, un traitement ambulatoire ou une hospitalisation sont-ils prévus ou conseillés ?
8.	Prenez-vous des médicaments ou utilisez-vous des médicaments ou remèdes? Si oui, lesquels / Précisez les raisons (diagnostic).
9.	A-t-on jamais constaté une infection par le virus de déficience immunitaire humaine ? (SIDA)
10.	Existe-t-il une infirmité (corporelle ou organique), une souffrance chronique, des dommages corporels ou une réduction de la capacité de travail ?
11.	Un équipement optique (lunettes ou lentilles de contact) est-il nécessaire ? Si oui, indiquez le nombre de dioptries gauche et droite.
12.	Êtes-vous enceinte ?
13.	Un traitement dentaire, parodontal, de prothétique dentaire ou orthodontique est-il en cours, envisagé ou a-t-il été conseillé ? Si oui, veuillez joindre le devis de traitement et de coûts ainsi que le questionnaire « dentaire » supplémentaire.
14.	Vous manque-t-il des dents naturelles (en dehors des dents de lait et des dents de sagesse) ? Si oui, combien et lesquelles ?
15.	Avez-vous des couronnes et/ou des prothèses dentaires (bridge, implant) ? Veuillez indiquer l'âge de la couronne ou de la prothèse dentaire et les dents concernées (le cas échéant, merci d'annexer le questionnaire « dentaire » supplémentaire).
16.	Dispense du délai de carence

Questions autres et relatives à l'état de santé

(Seulement pour COMPACT HEALTH)

Toutes les personnes à assurer sont tenues de répondre de façon détaillée aux questions ci-dessous. Il y a lieu d'indiquer également les malaises, maladies et séquelles d'accidents considérés comme non-essentiels. Les traits ne sont pas considérés comme réponse. Si l'espace prévu pour les réponses aux questions ci-après est insuffisant, vous pouvez y répondre sur une feuille séparée annexée à la demande d'assurance, en indiquant le numéro de chaque personne et en renvoyant à cette annexe dans la demande. Chaque personne à assurer, âgée de plus de 16ans, doit signer, le cas échéant, les annexes.

Dans le cas où le demandeur ne souhaiterait pas donner certains renseignements à l'intermédiaire, il peut les communiquer directement par lettre recommandée à la DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Ces renseignements doivent être communiqués dans un délai de trois jours. Le demandeur est tenu d'indiquer immédiatement à l'assureur tous les traitements médicaux et les modifications de l'état de santé des personnes à assurer qui surviennent jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance.

IMPORTANT : Veuillez expliquer les question répondues par "oui" sur la feuille correspondante de la personne à assurer, en indiquant le numéro de la question dans l'espace prévu.

1.	Poids en kg
2.	Taille en cm
3.	Y a-t-il eu ces 5 dernières années ou y a-t-il actuellement des troubles dus à des maladies ou des séquelles d'accidents ? Un examen/traitement est-il prévu ou conseillé ?
4.	Avez-vous subi, au cours des 3 dernières années, des examens/traitements ambulatoires, des médicaments ou remèdes ont-ils été prescrits, y a-t-il eu ces 5 dernières années un séjour à l'hôpital, de traitement en psychothérapie ou de désintoxication ?
5.	A-t-on constaté une infection par le virus de déficience immunitaire humaine (SIDA)? Existe-t-il une infirmité (corporelle ou organique), une souffrance chronique, des dommages corporels ?
6.	Êtes-vous enceinte ?
7.	Y a-t-il eu ou y a-t-il actuellement des troubles dentaires lesquels nécessitent un traitement dentaire ou orthodontique, ou est-ce qu'un tel traitement est envisagé ou conseillé? Vous manque-t-il des dents naturelles ? Si « oui » combien ? Avez-vous des prothèses dentaires (p.ex : bridges, couronnes,
8.	Dispense du délai de carence

Formulaire de demande pour personne assurée N°: 1

Titre, Prénom et nom	Sexe	Date de naissance	Pays de nationalité
----------------------	------	-------------------	---------------------

Adresse de la personne assuré

Rue et no.	Profession <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> écolier/étudiant	Profession actuelle/titre
Code postal/Lieu	Téléphone / Télécopie	État civil <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> célib.
E-mail	GSM	No. de sécurité sociale

Autre adresse

Si étudiant, veuillez indiquer le lieu d'étude !

Nom	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Autre
Rue et no.	E-mail
Code postal/Lieu	Téléphone / Télécopie
	Remarques
Existe-t-il une assurance-maladie légale et/ou privée ? <input type="checkbox"/> oui, / <input type="checkbox"/> oui,	Légalement assuré par à Une assurance privée à

Renseignements concernant les assurances demandées (indépendants/professions libérales)

Par la présente, je demande la conclusion d'un contrat d'assurance frais de maladie/indemnité journalière d'hospitalisation/indemnité journalière maladie

Début d'assurance le 1er Mois. Année	Tarifs ou	Age-E	Cotisation mensuelle EUR

Prime totale de cette personne :

Données supplémentaires pour assurances d'indemnités journalières

Indépend.	Prof. libér.	Type d'activité indépendante/libérale ? Depuis quand ?	Le revenu net mensuel moyen des 12 derniers mois est-il supérieur à la somme globale assurée ?	Existe-t-il des prétentions à des indemnités de maladie ou indemnités journalières envers d'autres assureurs ?* Où ?	Montant/EURO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

*Il convient de prendre en compte les droits à des indemnités de maladie ou indemnités journalières envers d'autres assureurs (par ex. la Mutualité)

Explications concernant les questions de santé - veuillez indiquer les détails

1. Poids en kg 2. Taille cm

N° question	Type de maladie, diagnostic, blessure, douleur ou autres constatés, médicaments pris.	Période de traitement du-au	Douleurs persistentes? Autres traitements prévus ?	Si oui, lesquels?	Si non, depuis quand sans douleurs/le traitement est-il terminé ?
3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
8	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
9	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
10	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
13	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
14	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
15	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
16	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Signature (prénom et nom) de la personne à assurer (à partir de 16 ans), resp. du représentant légal. Avec votre signature vous acceptez également la déclaration relative aux données personnelles.

DÉCLARATIONS DES PERSONNES ASSURÉES

Données personnelles

Le responsable du traitement des données personnelles est DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Le délégué à la protection des données est joignable à l'adresse : dpo@lalux.lu

Conformément au règlement sur la protection des personnes à l'égard du traitement des données personnelles, le responsable du traitement collecte et traite les données personnelles que l'assuré lui a communiquées ainsi que celles qu'il lui communique ultérieurement pour les finalités suivantes :

- Apprécier les risques, préparer, établir, gérer, exécuter les contrats d'assurance. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée (c'est-à-dire l'assuré) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande du preneur d'assurance, telles que des demandes d'offre / devis. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés et agents du responsable du traitement, aux médecins conseils, à ses sous-traitants et à son réassureur.
- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant au Commissariat Aux Assurances dans le contexte de la loi modifiée du 07/12/2015 sur le secteur des assurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.
- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant aux auditeurs externes dans le cadre de travaux requis par la loi modifiée du 08/12/1994 sur les comptes annuels des entreprises d'assurances et de réassurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.
- Prévenir ou détecter tout risque de fraude et respecter les interdictions et mesures financières restrictives prises à l'encontre de personnes, entreprises ou groupes. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ou à la protection des intérêts légitimes du responsable du traitement. Les données personnelles sont le cas échéant, partagées avec une autorité compétente telle que la cellule de renseignement financier dans le strict respect de la loi applicable.
- Gérer la relation commerciale avec ses clients – y compris (sauf refus de leur part) de les informer sur des produits ou services analogues ou complémentaires à ceux qu'ils ont déjà souscrits et également sur des nouveaux produits et services. Le traitement est basé sur les intérêts légitimes du responsable du traitement pour rendre attentifs ses clients et les conseiller sur les produits et services d'assurance. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés du Groupe LALUX et à des agents du réseau LALUX. Dans le cadre de cette finalité, les données sur la santé ne sont pas communiquées; celles-ci sont uniquement traitées par la société qui les a collectées.
- Correspondre avec ses avocats, conseillers, médecins ou tout autre intervenant et leur transmettre, ainsi qu'au Commissariat Aux Assurances (CAA), à l'Association des Compagnies d'Assurances (ACA) voire aux magistrats en charge et aux experts désignés, les données nécessaires afin de protéger ses droits notamment dans le cadre de la défense ou de la protection de ses droits et intérêts (par exemple le recouvrement de sommes dues, la contestation des conditions d'intervention), d'actions en justice, de la gestion de réclamations ou de litiges, etc. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale ou à la protection des intérêts légitimes du responsable du traitement. Les données personnelles peuvent donc être communiquées aux parties mentionnées ci-dessus.
- De plus, dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données sur la santé ayant un lien avec le contrat d'assurance en possession de l'assureur sont transmises au preneur d'assurance car le preneur paie les primes d'assurance et éventuellement les surprimes liées à l'état de santé de l'assuré. De même, le preneur d'assurance subit les exclusions éventuelles dues à l'état de santé de l'assuré qui viennent restreindre la couverture qu'il a demandée. En outre, en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré dans sa déclaration de santé, le contrat d'assurance souscrit par le preneur serait nul et celui-ci est en droit de voir la déclaration de santé de l'assuré, de connaître les données sur la santé en possession du responsable de traitement et de correspondre avec le responsable de traitement à leur sujet.

Le responsable du traitement agit conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi modifiée sur le secteur des assurances concernant le secret professionnel en matière d'assurances.

L'assuré reconnaît savoir également que la réponse aux questions posées dans la proposition d'assurance ou autres documents éventuels est obligatoire. A défaut, le responsable du traitement est en droit de refuser la relation d'affaire.

La personne concernée dispose du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement y relatif. Elle dispose également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données. Le droit d'opposition au traitement entraîne la résiliation du contrat. En effet, l'appréciation du risque par le responsable du traitement est basée sur les informations recueillies. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi, les omissions ou inexactitudes intentionnelles induisant le responsable du traitement en erreur sur les éléments d'appréciation du risque entraînent la nullité du contrat.

L'assuré s'engage donc à déclarer sans délai tous les troubles, maladies, accidents, traitements, y compris dentaires ou orthodontiques, et généralement, tout examen quelconque, même prévus respectivement conseillés, jusqu'à la date d'effet du contrat.

Par sa signature, l'assuré certifie qu'il a répondu sincèrement à tous les points. Il assume la responsabilité des déclarations qu'il a signées, même si la proposition a été remplie par un intermédiaire d'assurance.

L'assuré reconnaît au responsable du traitement le droit de vérifier l'exactitude de tous les renseignements donnés, sachant qu'il peut exiger la présentation de tout document qu'il juge nécessaire à cet effet et à l'effet d'éclaircir les indications fournies.

Le responsable du traitement est susceptible d'utiliser des systèmes automatisés d'aide à la décision, par exemple lors de contrôles visant à prévenir le risque de fraude. Il est susceptible d'utiliser de tels procédés afin de lui permettre de déterminer si la relation d'affaire avec un client ou un contrat implique un risque de fraude. Par conséquent, des pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées par le responsable du traitement et celui-ci a le droit de ne pas accepter la souscription.

Par conséquent, des pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées par le responsable du traitement et celui-ci a le droit de ne pas accepter la souscription. Cependant, le responsable du traitement n'effectue pas de traitement consistant en une évaluation automatisée basée sur des aspects personnels et toutes les décisions sont prises de façon non automatisée, en traitant des données personnelles impliquant une intervention humaine. Il existe un séquençage destiné à cibler les campagnes marketing, qui n'implique aucune décision et n'engage en rien les personnes concernées envers le responsable du traitement.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter de leur collecte par le responsable de traitement ou du dernier contact émanant du prospect. Sinon, la durée de conservation des données est limitée à la durée du traitement des données et à la période postérieure pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre au responsable du traitement de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Fiche d'informations et de conseil

Identification de l'intermédiaire

Marco OTTEN
Zur Startbahn 11a
54634 Bitburg
E-mail : info@asplano.de

L'agence ci dessus est agréée auprès du Commissariat aux Assurances et agit pour compte de LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances et DKV Luxembourg S.A.

L'intermédiaire, agent d'assurances, donne des conseils sur les produits commercialisés par ces compagnies d'assurances.

La consultation des agréments des intermédiaires peut se faire à partir du site web du Commissariat aux Assurances à l'adresse www.caa.lu, Rubrique « Intermédiaires ». L'intermédiaire distribue exclusivement les produits d'assurance de LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, de LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances et DKV Luxembourg S.A. Il ne détient aucune participation directe ou indirecte représentant 10% ou plus des droits de vote ou du capital des compagnies d'assurances qu'il représente.

En cas de difficultés ou de différends persistants avec votre intermédiaire, agent d'assurances vous pouvez soit adresser vos réclamations à la direction de la Compagnie d'assurances LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, 9 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange.

Vous pouvez également choisir de vous adresser au Médiateur en Assurance, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg ou de saisir le Commissariat aux Assurances, 7 Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg.

Rémunération de l'intermédiaire :

Pour tout contrat d'assurance valable, l'intermédiaire est principalement rémunéré sur base de commissions de toutes natures généralement incluses dans la prime d'assurance. Il peut également recevoir toute autre rémunération généralement quelconque, monétaire ou non-monétaire.

Identification du client

Déclaration de renonciation au conseil

Au cours de votre entretien avec votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, vous lui avez présenté votre situation personnelle, lui avez fait part de vos exigences et vos besoins en matière d'assurances et, de façon générale, sur l'ensemble de vos attentes. Vous reconnaissez que toutes les informations utiles et objectives sur le(s) produit(s) d'assurance(s) vous ont été fournies.

Vous déclarez vouloir renoncer expressément au conseil apporté par votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances. Vous acceptez ainsi qu'aucun conseil ne soit fourni par votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances.

Conseils fournis par la compagnie d'assurances

Afin de pouvoir vous recommander un produit d'assurance répondant à vos exigences et besoins, votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, analyse, d'une part, les risques à assurer et, d'autre part, vos exigences et besoins relatifs au produit d'assurance à souscrire.

Dans le cadre de cette analyse, diverses questions vous ont été posées, notamment en ce qui concerne :

- les assurés;
- la description des risques ;
- les garanties souhaitées,
- les montants des couvertures, les limites et franchises éventuelles
- d'éventuels contrats d'assurance antérieurs, des antécédents et d'autres remarques et précisions d'ordre général

Ces questions ont pour finalité de vous proposer le produit le plus en adéquation avec votre situation au moment du relevé des informations. A défaut de transmettre les données et informations exactes, sincères et véridiques, votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, ne sera pas en mesure de vous proposer un conseil adapté. Ces données et informations sont traitées dans votre seul intérêt.

La présente fiche d'information et de conseil a pour unique vocation d'identifier vos besoins et exigences en matière d'assurances afin d'émettre une (des) proposition(s) et/ou un (des) projet(s) d'assurances du (des) produit(s) que vous souhaitez souscrire. Les descriptions détaillées des garanties, des limites de garantie et des conditions d'intervention des garanties seront reprises dans les conditions particulières générales du contrat soumis à votre souscription.

Identification de vos besoins et exigences

Afin de vous proposer les couvertures adéquates, nous devons déterminer vos besoins et exigences :

- Vous êtes affilié à l'assurance maladie obligatoire luxembourgeoise et habitez au Luxembourg
- Vous êtes affilié à l'assurance maladie obligatoire luxembourgeoise et habitez à l'étranger
- Vous n'êtes pas affilié à l'assurance maladie obligatoire luxembourgeoise et habitez au Luxembourg
- Vous n'habitez et ne travaillez pas au Luxembourg ou n'êtes pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire luxembourgeoise

Vous êtes à la recherche d'une assurance santé individuelle ou familiale :

- employé
- indépendant
- fonctionnaire d'une institution européenne ou employé d'une institution européenne

Vous êtes intéressé par quelle couverture complémentaire ?

- Complémentaire
- Intégrale

Vous êtes intéressé par quelle couverture complémentaire ?

- Couverture Hospitalisation
- Couverture Hospitalisation y compris traitement dentaire + optique
- Couverture Hospitalisation y compris traitement dentaire + optique et traitement ambulatoire

Notre Conseil personnalisé pour l'assurance Santé

Sur base de vos exigences et besoins, des informations recueillies ainsi que de la compréhension que nous avons de votre situation actuelle, nous vous conseillons la souscription d'une couverture intégrale par notre produit :

Garanties accessoires :

- BEST CARE PREMIUM pour une prise de rendez-vous rapide auprès de médecins spécialistes
- Indemnités journalières en cas d'hospitalisation (DKV HOSPITAL PLUS)
- Couverture des pertes de revenus (en tant qu'indépendant ou profession libérale) (DKV CONTINUE)

Votre Décision

Nous vous recommandons la (les) couverture(s) ci-avant sur base de l'analyse effectuée et des informations fournies en considération de vos exigences et de vos besoins.

- Vous suivez le conseil fourni par votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, et confirmez votre souhait de souscrire les couvertures d'assurances recommandée(s) par lui
- Vous ne suivez pas le conseil fourni par votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, et vous confirmez que votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, ne doit pas effectuer des analyses ou démarches supplémentaires pour le risque que vous souhaitez assurer.

Fiche d'information produit

- Vous confirmez avoir reçu les « documents d'informations » sur les couvertures que vous désirez souscrire.

Communication de la Fiche d'information et de conseil

- Je désire recevoir la présente Fiche d'informations et de conseil sur un support digital.
- Je désire recevoir la présente Fiche d'informations et de conseil sur un support papier.

1. Informations Générales

Le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance reconnaît (ou reconnaissent) savoir que cette Fiche d'informations et de conseil n'engage ni le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance, ni LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, DKV Luxembourg S.A et Aprobat lalux-assurances S.A, ci-après dénommées « lalux », à conclure un contrat d'assurance. La signature de la Fiche d'informations et de conseil ne fait en aucun cas courir la couverture d'assurance. Cette Fiche d'informations et de conseil a été établie sur base des informations que le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance a (ou ont) fournies. Elle prend en compte la situation et les besoins que le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance a (ou ont) exprimé(s) en matière d'assurance. Cette Fiche d'informations et de conseil vaut information conformément à l'article 295-10 de la loi modifiée du 07.12.2015 sur le secteur des assurances.

2. Données personnelles

Le responsable du traitement des données personnelles est LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances situé au 9, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances situé au 9, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, DKV Luxembourg S.A situé au 11-13, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, et/ou Aprobat lalux-assurances S.A situé au 11-13, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange. Le délégué à la protection des données est joignable à l'adresse : dpo@lalux.lu Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles, le responsable du traitement collecte et traite les données personnelles que le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance lui a (ou ont) communiquées ainsi que celles qu'il(s) lui communique (ou communiquent) ultérieurement pour les finalités suivantes :

- Apprécier les risques, préparer, établir, gérer, exécuter les contrats d'assurance. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée (c'est-à-dire le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance et / ou le(s) candidat(s) assuré(s)) est partie ou dont la personne concernée est bénéficiaire ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci, telles que des demandes d'offre / devis. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés du Groupe LALUX, à des agents du réseau LALUX, au partenaire bancaire du réseau LALUX pour la commercialisation de certains produits de LALUX Vie, aux médecins conseils, aux experts, à des tiers comme les garagistes, à des sous-traitants, à des courtiers d'assurance et à des réassureurs.

- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant à l'Administration des Contributions Directes aux fins d'être le cas échéant communiquées à l'autorité compétente étrangère de la(les) résidence(s) fiscale(s) de la personne concernée, conformément à la loi du 18.12.2015 concernant l'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers en matière fiscale. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle les responsables du traitement sont soumis.

- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant à l'inspection générale de la sécurité sociale selon la loi modifiée du 08.06.1999 relative aux régimes complémentaires de pension. Si applicable, ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle les responsables du traitement sont soumis.

- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant au Commissariat Aux Assurances dans le contexte de la loi modifiée du 07.12.2015 sur le secteur des assurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle les responsables du traitement sont soumis.

- Collecter les données requises et les transmettre le cas échéant aux auditeurs externes dans le cadre de travaux requis par la loi modifiée du 08.12.1994 sur les comptes annuels des entreprises d'assurances et de réassurances. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle les responsables du traitement sont soumis.

- Prévenir ou détecter tout risque de fraude ou délit financier ou autres infractions (y compris le financement du terrorisme et le blanchiment d'argent) et respecter les interdictions et mesures financières restrictives prises à l'encontre de personnes, entreprises ou groupes. Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle les responsables du traitement sont soumis ou à la protection des intérêts légitimes du responsable du traitement. Les données personnelles sont le cas échéant, partagées avec une autorité compétente telle que la cellule de renseignement financier dans le strict respect de la loi applicable.

- Gérer la relation commerciale avec ses clients – y compris (sauf refus de leur part) de les informer sur des produits ou services analogues ou complémentaires à ceux qu'ils ont déjà souscrits et également sur des nouveaux produits et services. Cela inclut un profilage permettant de fournir un service et des informations adaptés au besoin du client. Le traitement est basé sur les intérêts légitimes des responsables du traitement pour rendre attentifs ses clients et les conseiller sur les produits et services d'assurance. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés du Groupe LALUX et à des agents du réseau LALUX. Dans le cadre de cette finalité, les données sur la santé ne sont pas communiquées; celles-ci sont uniquement traitées par la société qui les a collectées.

- Correspondre avec ses avocats, conseillers, médecins ou tout autre intervenant et leur transmettre, ainsi qu'au Commissariat Aux Assurances, à l'Association des Compagnies d'Assurances voire aux magistrats en charge et aux experts désignés, les données nécessaires afin de protéger ses droits notamment dans le cadre de la défense ou de la protection de ses droits et intérêts (par exemple le recouvrement de sommes dues, la contestation des conditions d'intervention), d'actions en justice, de la gestion de réclamations ou de litiges, etc. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale ou à la protection des intérêts légitimes des responsables du traitement. Les données personnelles peuvent donc être communiquées aux parties mentionnées ci-dessus.

Les responsables du traitement agissent conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi modifiée du 07.12.2015 sur le secteur des assurances concernant le secret professionnel en matière d'assurances.

La personne concernée dispose du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement y relatif. Elle dispose également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données.

Le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance reconnaît (ou reconnaissent) au responsable du traitement le droit de vérifier l'exactitude de tous les renseignements donnés, sachant qu'il peut exiger la présentation de tout document qu'il juge nécessaire à cet effet et à l'effet d'éclaircir les indications fournies.

Le responsable du traitement est susceptible d'utiliser des systèmes automatisés d'aide à la décision, par exemple lors de contrôles visant à prévenir le risque de fraude. Il est susceptible d'utiliser de tels procédés afin de lui permettre de déterminer si la relation d'affaire avec un client ou un contrat implique un risque de fraude.

Par conséquent, des pièces justificatives supplémentaires peuvent être demandées par le responsable du traitement et celui-ci a le droit de ne pas accepter la souscription de l'assurance. Cependant, le responsable du traitement n'effectue pas de traitement consistant en une évaluation automatisée basée sur des aspects personnels et toutes les décisions sont prises de façon non automatisée, en traitant des données personnelles impliquant une intervention humaine. Il existe un séquençage destiné à cibler les campagnes marketing, qui n'implique aucune décision et n'engage en rien les personnes concernées envers le responsable du traitement.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter de leur collecte par le responsable de traitement ou du dernier contact émanant du prospect. Sinon, la durée de conservation des données est limitée à la durée du traitement des données et à la période postérieure pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre au responsable du traitement de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par sa (ou leur) signature, le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance/prospect(s) certifie(nt) qu'il(s) a (ou ont) répondu sincèrement à tous les points. Il(s) assume(nt) la responsabilité des déclarations qu'il(s) a (ou ont) signées, même si la Fiche d'informations et de conseil a été remplie par un intermédiaire d'assurance ou un employé de DKV.

3. Sinon,...

Pour tout renseignement ou pour toute autre question, le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance peut (ou peuvent) soit les envoyer sur l'espace client youDKV, soit appeler la Hotline au numéro (+352) 42 64 64-1.

Le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance accepte(nt) de recevoir des informations sur les produits/services du Groupe LALUX de façon digitale au cas où cette fiche d'informations et de conseils n'aboutit pas à une relation contractuelle:

Oui Non

Vous attestez que les questions formulées dans la Fiche d'informations et de conseil sont claires et compréhensibles et que les réponses et déclarations contenues dans la présente Fiche sont sincères, exactes et exhaustives.

Vous attestez que la fiche d'informations et de conseils a été remplie par un intermédiaire d'assurance ou un employé de lalux en fonction de l'expression de vos exigences et besoins et sur base de la compréhension que nous avons votre intermédiaire et/ou, en cas de commercialisation sans recours à un intermédiaire, la compagnie d'assurances, a (ont) de votre situation actuelle. Vous comprenez également que les conseils apportés peuvent varier au regard de l'évolution de votre situation, de vos exigences et besoins et qu'il est dans votre intérêt de nous informer de toute modification susceptible d'affecter votre situation, vos exigences et besoins.

Fait à _____, le _____.

Signature du (des) candidat(s) preneur(s) d'assurances