

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
T + 352/42 64 64 -1
F + 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

N° de police	GVLZ	Agent	Date de la demande		
			Jour	Mois	Année

Remarque: Veuillez noter que nous sommes uniquement en mesure de vérifier et traiter votre proposition, si celle-ci est entièrement remplie.

Je suis conscient que je suis tenu de répondre au mieux, de manière exhaustive et en toute bonne foi aux questions posées dans la présente proposition d'assurance.

J'agis uniquement en tant que preneur d'assurance J'agis à la fois en tant que preneur d'assurance et personne assurée

Informations sur le preneur d'assurance / demandeur

Titre	Prénom et Nom ou Nom de la société	Sexe	Date de naissance	Nationalité
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	JJ/MM/AAAA	

Adresse du preneur d'assurance

Rue Numéro	Profession
Code postal	Ville
E-mail	GSM
	Téléphone Fax

Autre adresse: Employeur Adresse de la personne assurée si elle diffère

Titre	Prénom et Nom	E-mail
Rue Numéro	Téléphone Fax	
Code postal	Ville	Remarques conventions particulières

Déclarations du preneur d'assurance

1. Proposition du preneur 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'offres/devis. Les données personnelles sont donc communiquées aux employés et agents responsables 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.

- 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.

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. À 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 automatisées, 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. 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. À l'occasion d'un changement de tarif prévoyant une provision de vieillissement en faveur d'un tarif sans provision de vieillissement, les montants jusque là 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.

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.

Données concernant les personnes à assurer

PERSONNE 1

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 1 E-mail PERSONNE 1	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

PERSONNE 2

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 2 E-mail PERSONNE 2	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

PERSONNE 3

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 3 E-mail PERSONNE 3	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

PERSONNE 4

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 4 E-mail PERSONNE 4	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

PERSONNE 5

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 5 E-mail PERSONNE 5	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

PERSONNE 6

Titre		Prénom et Nom			Sexe		Date de naissance		Nationalité	
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		JJ/MM/AAAA			
Numéro de sécurité sociale Matricule			État civil		Profession			pour les étudiants, indiquez lieu d'études		
			<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> pascé		<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> étudiant					
Avez ou aviez-vous une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée?					<input type="checkbox"/> légalement assuré		<input type="checkbox"/> assuré à titre privé		Téléphone PERSONNE 6 E-mail PERSONNE 6	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, auprès de					du		au		du	

Produit(s) souhaité(s)

Je demande auprès de la DKV Luxembourg S.A. la conclusion d'une

Assurance frais de maladie Assurance indemnité journalière

PERSONNE	Début de l'assurance le 1 ^{er}		Nom du produit et le cas échéant le montant de l'indemnité journalière en EUR	Cotisation mensuelle en EUR
	du mois de	année		
TOTAL				

Données supplémentaires concernant le produit CONTINUE

PERSONNE	Indépendant	Prof. libérale	Type d'activité indépendante/libérale	Depuis quand?	De combien était le revenu net moyen dans les 12 derniers mois?	Existe-t-il des prétentions à des indemnités journalières envers une caisse de maladie obligatoire et/ou une assurance maladie privée ou est-ce qu'elles ont été sollicitées?			Si OUI				
						du	au	auprès de	du	au	auprès de		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA				

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	<input type="checkbox"/> mensuellement Paiement s'effectue par mandat de prélèvement SEPA à la page 6	<input type="checkbox"/> trimestriellement	<input type="checkbox"/> semestriellement (moins 2% d'escompte)	<input type="checkbox"/> annuellement (moins 3% d'escompte)
Mode de paiement	<input type="checkbox"/> prélèvement automatique/domiciliation		<input type="checkbox"/> par virement	

Compte de remboursement

Nom de la banque	Titulaire du compte
IBAN	BIC

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À compléter par le créancier

Identification du mandat	
Identification du mandat	<input type="text"/>
Objet du mandat	<input type="text"/>
Type d'encaissement	<input checked="" type="checkbox"/> récurrent (peut être utilisé plusieurs fois) <input type="checkbox"/> unique (ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

À compléter par le débiteur

Identification du débiteur	
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Adresse (rue, numéro)	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC (pas obligatoire en Belgique)	<input type="text"/>

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 suivantes la date de débit de votre compte. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Lieu	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
Nom, Prénom	<input type="text"/>
Signature(s) ¹⁾	<input type="text"/>

¹⁾ Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier.

Questions autres et relatives à l'état de santé

Toutes les personnes à assurer sont tenues de répondre de façon détaillée aux questions de santé et autres questions relatives à cette demande d'assurance. Sont à indiquer également tout malaise, maladie et conséquences d'un accident, même s'ils sont considérés comme négligeable. Les tirets ne sont pas acceptés comme réponse. Les questions répondues par « oui » doivent être précisées dans l'espace prévu à cet effet.

Les réponses respectives aux questions de santé peuvent avoir un impact sur les primes énoncées dans cette demande d'assurance et produire le cas échéant un supplément en rapport avec la situation personnelle de chaque personne à assurer. DKV Luxembourg se réserve le droit de réévaluer les résultats de l'évaluation de santé avant l'établissement du contrat d'assurance définitif, pour motif valable, ayant le cas échéant une incidence légitime sur la prime mentionnée.

Dans le cas où le demandeur ne souhaiterait pas donner certains renseignements à l'intermédiaire, il peut les communiquer directement par lettre recommandée à 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 dans l'obligation d'indiquer immédiatement à l'assureur tous les traitements médicaux et les changements de l'état de santé des personnes à assurer qui surviennent jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance.

IMPORTANT: Veuillez expliquer les questions répondues par OUI sur la feuille suivante en indiquant la personne à assurer et le numéro de la question dans l'espace prévu.

		PERSONNE		1		2		3		4		5		6	
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1	Taille en cm														
2	Poids en kg														
3	Au cours des 3 dernières années, avez-vous été examiné(e), traité(e) ou opéré(e) par des médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, praticiens de médecine parallèle ou d'autres professionnels de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Est-ce qu'un traitement, un examen ou une opération - avec hospitalisation ou en ambulatoire - chez des médecins ou d'autres professionnels de la santé est nécessaire, conseillé(e) ou prévu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Vous reste-t-il des conséquences de maladie, de blessures ou présentez-vous des handicaps, des anomalies physiques ou organiques, une fertilité limitée/stérilité ou avez-vous des implants corporels, des corps étrangers ou des prothèses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous pris au cours des 3 dernières années ou prenez-vous actuellement des médicaments de façon régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Utilisez-vous des moyens auxiliaires (par ex. des bandages, orthèses, semelles) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné à l'hôpital, dans un établissement de cure ou dans un sanatorium à des fins d'observation, d'examen ou de traitement avec hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Au cours des 5 dernières années, des traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques ont-ils été préconisés ou entrepris chez vous ou avez-vous souffert d'addictions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Une infection virale a-t-elle été constatée (par ex. VIH, hépatite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Avez-vous présenté au cours des 3 dernières années ou présentez-vous actuellement des maladies, affections ou autres troubles de santé qui n'ont pas été examinés et/ou traités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Présentez-vous ou avez-vous présenté une affection du parodonte ou une position incorrecte d'une dent/de la mâchoire constatée par un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Une gouttière dentaire a-t-elle été intégrée au cours des 3 dernières années ou est-elle envisagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Recevez-vous actuellement des soins dentaires ou les traitements et/ou mesures suivants ont-ils été mis en place/recommandés ? Si oui, veuillez choisir le(s) traitement(s)/la(les) mesure(s) correspondante(s). Si OUI, veuillez répondre aux questions 15.1 -15.6 et joindre le devis !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.1	Correction d'une dent ou de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	Traitement parodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	Chirurgie dentaire ou maxillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5	Onlay(s) ou inlay(s) dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6	Prothèse dentaire / implant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Avez-vous des prothèses dentaires ou inlays datant de 15 ans ou plus ? Si OUI, veuillez répondre aux questions 16.1 - 16.5. Rayez les mentions inutiles !														
		PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3	PERSONNE 4	PERSONNE 5	PERSONNE 6								
16.1	Prothèses amovibles	Date du traitement													
		Nombre													
16.2	Bridge(s) dentaire(s)	Date du traitement													
		Nombre													
16.3	Couronne(s)/facettes	Date du traitement													
		Nombre													
16.4	On- ou Inlay(s)	Date du traitement													
		Nombre													
16.5	Implant(s) dentaire(s)	Date du traitement													
		Nombre													
		PERSONNE	1		2		3		4		5		6		
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
17	Vous manque-t-il des dents naturelles n'ayant pas été remplacées ? Si OUI, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	DÉLAIS DE CARENCE Je demande à être dispensé(e) de la durée de carence générale (trois mois) sur la base d'un examen médical dont je supporte les frais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si le rapport de l'examen médical, rédigé sur un formulaire prédéfini de DKV Luxembourg S.A., n'est pas réceptionné dans un délai de 2 semaines après la demande de souscription, la durée de carence générale sera appliquée au contrat d'assurance. Le rapport de l'examen médical sera dans tous les cas la propriété de DKV Luxembourg S.A.

Explications concernant les questions de santé

PERSONNE	concernant question n°	Type de maladie, diagnostic, blessure, plainte resp. ce qui a été constaté? Médicaments pris...	Période de traitement		Les plaintes persistent-elles encore/ d'autres traitements sont-ils prévus?		Si OUI, lesquels?	Si NON - depuis quand les plaintes sont-elles résolues resp. le traitement est-il terminé?
			du	au	OUI	NON		
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TT/MM/JJJJ
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAA
			JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		JJ/MM/AAAArallets

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 responsables du traitement, aux médecins conseils, à des 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.

Date Lieu JJ/MM/AAAA	Signatures (Nom et Prénom) des personnes à assurer (à partir de 18 ans) resp. du représentant légal	Signature de l'intermédiaire agent
Signature du preneur d'assurance (Nom et Prénom) Veuillez signer au centre → →		Adresse de l'intermédiaire 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 faire parvenir au candidat preneur d'assurance, dans les trente jours suivant la réception de la proposition, soit une offre d'assurance, soit l'information de la nécessité d'une évaluation supplémentaire des risques, soit l'information du refus d'assurer.

Le preneur d'assurance dispose, à partir du moment de la notification du contrat, d'un délai de 30 jours pour renoncer à l'activation de son contrat. Cette demande de renonciation est à faire par l'intermédiaire d'un courrier recommandé.

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Identification de l'intermédiaire

Agence

Nom

Prénom

Adresse (rue et numéro)

Code postal

Lieu

Numéro de téléphone

E-mail

L'agence mentionnée 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/ou 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/ou 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, en fonction des produits concernés, soit adresser vos réclamations à la direction des Compagnies d'assurances LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances ou LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, 9, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange ou de DKV Luxembourg S.A., 11-13, 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

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse (rue et numéro)

N° de police (en cas de contrat existant)

Code postal

Lieu

Numéro de téléphone

E-mail

Identification du domaine d'assurance: Assurance santé

Déclaration de renonciation au conseil

Au cours de votre entretien avec votre intermédiaire, 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 produit d'assurance vous ont été fournies.

- Vous déclarez vouloir renoncer expressément au conseil apporté par votre intermédiaire et/ou dans le cas de la vente directe sans conseil apporté par la société d'assurances. Vous acceptez ainsi qu'aucun conseil ne soit fourni par votre intermédiaire et/ou par la société d'assurances.

Conseils fournis par l'agence / 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, divers points ont été discutés avec vous, 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. À 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 des 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.

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

- Complémentaire
- Intégrale

Vous êtes intéressé par quelle couverture ?

- Couverture Hospitalisation
- Couverture Hospitalisation y compris traitement dentaire + optique
- Couverture Hospitalisation y compris traitement dentaire + optique et traitement ambulatoire
- Couverture des pertes de revenus (en tant qu'indépendant ou profession libérale) (DKV CONTINUE)
- Couverture de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation (DKV HOSPITAL PLUS)
- Prise de rendez-vous rapide auprès de médecins spécialistes (DKV BEST CARE PREMIUM*)

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 santé par notre produit :

Commentaires supplémentaires apportés au conseil

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, par 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, par 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'information» sur les couvertures que vous désirez souscrire.

Communication de la Fiche d'information et de conseil

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

Signature

1. Informations générales

Le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance reconnaît (ou reconnaissent) savoir que cette Fiche d'information 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'information et de conseil ne fait en aucun cas courir la couverture d'assurance.

Cette Fiche d'information et de conseil a été établie sur base des informations que le(s) candidat(s) preneur(s) d'assurance a (ou ont) fourni(s). 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'information 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, 9, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, 9, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, et/ou APROBAT LALUX Assurances 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 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(nt) 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 dessous-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'agent) 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 es 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'information et de conseil a été remplie par un intermédiaire d'assurance ou un employé de LALUX.

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 «lalux for you», soit appeler la Hotline au numéro (+352) 4761-6147.

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'information et de conseil n'aboutit pas à une relation contractuelle :

Oui Non

Vous attestez que les questions formulées dans la Fiche d'information 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'information et de conseils a été remplie par un intermédiaire d'assurance ou un employé de LALUX/DKV Luxembourg en fonction de l'expression de vos exigences et besoins et sur base de la compréhension que 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.

Lieu

Date

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