

À retourner à : Ethias, rue des Croisiers 24, B-4000 Liège

1 IDENTITÉ DU CANDIDAT PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ Sexe M F

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____

Organisme, société, association - souscripteur du contrat collectif _____

N° téléphone privé _____ e-mail : _____

GSM _____ N° téléphone employeur _____

Votre numéro de compte _____

Fonction du candidat preneur d'assurance : _____

Employeur du candidat preneur d'assurance : _____

2 AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE À ASSURER

• Nom et prénom du conjoint _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ Sexe M F

• Enfant

1. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

2. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

3. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

4. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

5. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

6. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

7. Nom et prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe M F AF* oui non

AF = Enfant(s) bénéficiant d'allocations familiales

3 ASSURANCE ANTÉRIEURE

Les affiliés mentionnés ci-dessus étaient-ils déjà garantis en assurance "Hospitalisation"?

oui non

Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ?

depuis le ____ - ____ - _____ jusqu'au ____ - ____ - _____

Par la signature de la présente demande, j'accepte de me conformer aux conditions régissant la convention collective souscrite auprès d'Ethias.

La proposition d'assurance n'engage, ni le candidat preneur d'assurance, ni Ethias à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception de la proposition, Ethias n'a pas notifié au candidat preneur soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit son refus d'assurer, elle s'oblige, sous peine de dommages et intérêts, à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias - Service 1200 rue des Croisiers 24 B-4000 Liège fax 04 220 30 90 gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 B-1000 Bruxelles fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as
- Commission bancaire, financière et des assurances - rue du Congrès 12-14 B-1000 Bruxelles fax 02 220 58 17

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale. Vous opposez-vous à cette utilisation ?

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Ethias, de ces missions. Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à

le

Signature du titulaire de l'assurance,