

**Formulaire à renvoyer dûment complété et signé à l'attention de Marsh par :**

▶ e-mail : [stephane.herbauts@marsh.com](mailto:stephane.herbauts@marsh.com)

▶ courrier : Marsh SA - Département Affinity, avenue Herrmann-Debroux 2, 1160 Bruxelles

**⚠ Le cas échéant, veuillez joindre le questionnaire médical dûment complété et signé au-delà de la 1<sup>ère</sup> tranche (ou 2<sup>ème</sup> tranche pour les nouveaux inscrits à l'Ordre).**

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (FORMULAIRE À COMPLETER EN MAJUSCULE SVPL)

#### Candidat assuré

Mr  Mme  Melle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

(Nom de jeune fille s'il s'agit d'une femme mariée)

Adresse : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél./GSM : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (si distincte du domicile) : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité:  Belge  Autre : \_\_\_\_\_

Date d'inscription à l'Ordre : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Votre n° d'avocat : \_\_\_\_\_

Statut :  Avocat  Avocat liste B  Avocat liste E  Stagiaire

#### Preneur d'assurance (si différent de l'assuré)

Nom ou dénomination de la société : \_\_\_\_\_

N° d'entreprise/BCE : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél./GSM : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### ASSURANCE REVENU GARANTI COLLECTIF – EXTENSION DE LA GARANTIE DE BASE

#### Note

⇒ Tout avocat âgé de moins de 55 ans au moment de la souscription a la possibilité d'augmenter la garantie de base du barreau de Bruxelles (rente de base = 1.200 € pour les avocats – 750 € pour les stagiaires) de 4 x 250 € maximum, sans formalités médicales pour la 1<sup>ère</sup> première tranche et moyennant un questionnaire médical pour les 3 tranches suivantes.

⇒ Tout avocat nouvellement inscrit et qui en fait la demande dans les 3 mois de son inscription aura la possibilité de souscrire les 2 premières tranches supplémentaires sans questionnaire médical.

Montant de la rente mensuelle assurée : \_\_\_\_\_ x 250 EUR, soit : \_\_\_\_\_ EUR<sup>1</sup>

(Indiquez le nombre de tranches souhaitées, max. 4)

Date prise d'effet des extensions : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ (au plus tôt le jour de la réception du formulaire)<sup>2</sup>

Incapacité assurée à partir de :  66%

Délai de carence :  30 jours

<sup>1</sup>Au-delà de la 1<sup>ère</sup> tranche, veuillez joindre le questionnaire médical dûment complété et signé.

<sup>2</sup>Les dates avec effet rétroactif ne sont pas possibles

## ASSUREUR

Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège - www.ethias.be info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège - TVA BE 0404.484.654 - Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 - BIC : GKCCBEBB

## MENTION LÉGALE (Loi du 8/12/1992 sur la protection de la vie privée)

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 ?  Oui  Non

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

- Ethias SA « Service 1035 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE - Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

- Service ombudsman assurances - Square de Meeûs 35 - B-1000 Bruxelles - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

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.

### EN SOUSSIGNANT CE FORMULAIRE, JE CONFIRME D'AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTE LA CLAUSE DE VIE PRIVÉE SUSMENTIONNÉE

L'assuré certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères, véritables et complètes dans tous les détails, même si elles ne sont pas écrites de sa main. Il déclare avoir pris acte des conséquences graves – nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées – que peuvent entraîner toutes omission ou inexactitude intentionnelles.

Le souscripteur et l'assuré déclarent avoir connaissance de l'obligation de déclarer à la compagnie, dans les trente jours de leur survenance, tout changement dans les activités professionnelles de l'assuré ainsi que tout déplacement de sa résidence habituelle à l'étranger.

Cette proposition ne fait pas courir la couverture. Elle n'engage ni la compagnie ni le souscripteur à conclure le contrat. Toutefois, si dans les trente jours de la réception de la proposition, la compagnie n'a pas communiqué au preneur, soit une offre, soit une demande d'informations complémentaires, soit un refus, elle est obligée de conclure le contrat sous peine de dommage et intérêts.

**Les présentes déclarations devant servir de base au contrat d'assurance, le Preneur d'assurance les certifie sincères et véritables dans tous leurs détails.**

Je marque accord pour que tout courrier relatif à ma police d'assurance me soit envoyé à l'adresse e-mail susmentionnée

oui  non

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Signature du Preneur d'assurance \_\_\_\_\_  
(Précédée de la mention "lu et approuvé")