

## Quel contrat dois-je souscrire pour bénéficier de l'avantage INAMI?

### Analyse des besoins

#### Présentation de Curalia AAM

Curalia AAM est une compagnie d'assurance vie reconnue sous le numéro 0809. Nous accompagnons les prestataires de soins tout au long de leur vie en leur proposant un service complet en matière d'assurances et de pension. Curalia AAM fournit des conseils.

#### Vos données

Nom, Prénom : ..... N° membre : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance: ..... H/F: .....

Adresse privée : .....

Code postal : ..... Commune : .....

GSM : ..... E-mail : .....

Statut social :     Indépendant     Indépendant à titre complémentaire     Employé

Profession : ..... Année de diplôme : .....

N° de Registre national: ..... Nationalité: .....

Inscrit à l'INAMI    OUI     NON     En cours

Si oui, numéro INAMI: .....

#### Raison du contact :

Souscription d'une convention sociale de pension qui permet de percevoir les primes INAMI dans le cadre de la convention INAMI pour les professions des soins de santé.

### Partie I. Vos exigences et besoins

Vous déclarez rechercher une convention de pension qui vous permette de recevoir les primes de l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité dans le cadre de votre convention en tant que prestataire de soins auprès de l'INAMI.

Avez-vous souscrit d'autres assurances vie?

- Non,
- Oui, spécifiez quel produit et quelle compagnie d'assurances.....  
.....  
.....

*Parapher cette page*

## Partie II. Conseil: Curalia AAM fournit un conseil

Nous vous proposons, en tant que client particulier le produit d'assurance suivant: **Convention Sociale de Pension** pour prestataires de soins.

### Motivation:

Ce produit est le seul qui réponde aux exigences légales sur l'utilisation des avantages sociaux accordés aux prestataires de soins de santé qui ont adhéré aux accords ou conventions avec l'INAMI.

Vous confirmez que Curalia ne doit plus effectuer d'analyse de marché complémentaire pour le risque que vous souhaitez assurer par Curalia. Vous reconnaissez également avoir été expressément informé du degré de risque, de la portée et des limites du/des produit(s) d'assurance que vous avez choisi(s).

## Partie III. Information

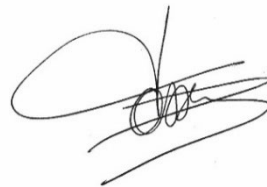
---

Afin que vous puissiez prendre une décision en connaissance de cause, notre bureau a parcouru avec vous et vous a fourni **la fiche d'information** sur le contrat d'assurance choisi ainsi que **les conditions générales** et **le règlement de solidarité**. Vous trouverez ces documents sur [www.curalia.be](http://www.curalia.be)

Signatures

Candidat assuré

Pour Curalia AAM  
Pierre Vossen – Administrateur Directeur



La satisfaction de nos clients est une priorité pour Curalia. Conformément à ses politiques et procédures internes, Curalia a mis en place un dispositif de gestion des réclamations des clients. Ce dispositif a pour objectif d'examiner de manière experte et honnête les réclamations concernant un contrat d'assurance ou un service d'assurance fourni. Toute réclamation détaillée peut être adressée par courriel ou courrier. Notre bureau s'engage à y répondre. Si vous le souhaitez ou si le traitement de votre réclamation par Curalia ne vous a pas apporté satisfaction, vous pouvez prendre contact avec le Service Ombudsman Assurances dont le siège est situé Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles – Tél 02/547.58.71 - [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) - [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as), entité qualifiée compétente pour les assurances du Service de médiation pour le consommateur.

## Demande de Convention Sociale de Pension

### Versements

La réserve de ce contrat se constitue par des versements effectués par l'INAMI dans le cadre du statut social INAMI et par des versements personnels.

---

**Formule d'assurance:** Capital différé avec contre assurance de la réserve (type CuraNova)

### Bénéficiaire

En cas de vie l'assuré

En cas de décès  Le conjoint ou le.a cohabitant.e légal.e, à défaut, les enfants de l'assuré par parts égales et à défaut, la succession de l'assuré.

ou  .....

.....  
(mentionnez nom, prénom, adresse, sexe, date de naissance et relation avec l'assuré)

### Garanties

Pension: Le capital constitué est versé en cas de vie de l'assuré à l'échéance du contrat.

Décès: La couverture décès est égale à la réserve acquise à la date du décès de l'assuré.

Garanties de solidarité: selon les dispositions du règlement de solidarité (voir [www.curalia.be](http://www.curalia.be)).

---

**Prise d'effet du contrat pour les prestations INAMI:** ...../20....

*Mentionnez ici la date du début de votre activité dans le cadre INAMI*

Entrée en vigueur des garanties pension et décès : le jour du paiement de la première prime  
Entrée en vigueur des garanties de solidarité : selon les dispositions du règlement de solidarité

**Terme du contrat:** la pension légale de l'assuré.

### Formalités

Le contrat est formé dès la réception de cette proposition d'assurance complétée et signée par l'affilié, de **la déclaration succincte de santé complétée et signée** et **d'une copie recto-verso de votre carte d'identité**. A dater du lendemain de la réception de cette demande par la compagnie, l'affilié dispose d'un délai de 30 jours pour résilier le contrat, avec effet immédiat au moment de la notification. Après traitement de cette demande, la compagnie transmettra un contrat numéroté à l'affilié.

### Dispositions légales

La signature de cette proposition n'oblige aucune des parties à conclure un contrat d'assurance-vie.

Si dans les 30 jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat-prenneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

La signature de la présente proposition n'entraîne pas de couverture, sauf la couverture complémentaire en cas d'incapacité de travail.

Le soussigné déclare avoir pris connaissance des conditions générales CuraNova et les accepter. Ces conditions générales et l'infocarte financière peuvent être consultées sur [www.curalia.be](http://www.curalia.be).

*Parapher cette page*

### Traitement de données personnelles

Les données à caractère personnel sont traitées par Curalia en vue de l'exécution du contrat d'assurance qui recouvre notamment l'évaluation du risque, les obligations légales, la gestion et l'exécution des contrats, le service à la clientèle, la gestion des indemnisations, la gestion des relations contractuelles, un éventuel contentieux et l'information complète des membres.

Vous trouverez plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles sur [www.curalia.be](http://www.curalia.be).

Pour toute question à ce sujet, n'hésitez pas à vous adresser à notre Data Protection Officer via [privacy@curalia.be](mailto:privacy@curalia.be) ou 02/735.80.55.

**Je marque mon accord par la présente à ce que mes données personnelles soient traitées par Curalia pour l'exécution et la gestion de mon contrat d'assurance dans tous ses aspects, y compris - si nécessaire - la gestion des données médicales.**

- Par la présente, je donne mon autorisation à Curalia pour le traitement de mes données personnelles à des fins de marketing direct.

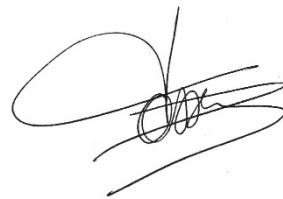
Fait en 2 exemplaires, dont 1 est remis au client.

A ....., le .....

Signatures

Candidat assuré

Pour Curalia AAM  
Pierre Vossen – Administrateur Directeur



N'oubliez pas de joindre une copie  
de votre carte d'identité

## Déclaration succincte de santé

### Vos données personnelles (preneur d'assurance)

Nom, prénom: .....

Date de naissance: ..... H/F

Rue, n°, boîte: .....

Code postal, commune: .....

Profession : .....

Le cas échéant Curalia se réserve le droit d'imposer des formalités médicales complémentaires.

### Déclarations confidentielles de l'assuré

1. Souffrez-vous actuellement d'une affection médicale grave? (\*)  oui  non  
Si OUI, laquelle? .....

2. Etes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle?  oui  non  
Si OUI, depuis quand? .....  
Raison: .....

3. Avez-vous au cours des 5 dernières années:

a) souffert d'une affection médicale grave? (\*)  oui  non  
Si OUI, date et définition: .....

b) dû interrompre vos activités professionnelles  
pendant plus de 30 jours pour cause de maladie?  oui  non  
Si OUI, date:.....  
Raison:.....

c) subi une opération chirurgicale ou été hospitalisé(e) pour observation?  oui  non  
Si OUI, date:.....  
Raison:.....

4. Prenez-vous régulièrement des médicaments?  oui  non  
Si OUI, lesquels et pourquoi? .....

5. Quel(le) est votre poids - votre taille?                      kg                      cm

6. Avez-vous passé un test de dépistage du virus HIV?  oui  non  
Date et résultat: .....

(\*) Par affection médicale grave, on entend : affection psychique ou du système nerveux, affection des voies respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire, des organes des sens, de la peau et/ou des os, des articulations ou du dos.

Le soussigné, assuré, confirme l'exactitude des réponses susmentionnées. Il autorise explicitement par la présente l'assureur à utiliser les renseignements susmentionnés dans sa base de données afin que celles-ci soient traitées par son médecin-conseil. En outre, il marque son accord sur le fait qu'en cas de décès, son médecin transmettra une déclaration mentionnant la cause du décès au médecin-conseil de l'assureur. Curalia garantit par la présente la plus stricte confidentialité dans le traitement des données transmises.

Fait à ....., le .....

Signature de l'assuré(e), à faire précéder de la mention " lu et approuvé "