

## DEMANDE D’AFFILIATION D’UN NOUVEAU-NE DANS UN CONTRAT INDIVIDUEL

Nom / Cachet de l'intermédiaire: \_\_\_\_\_ Numéro: \_\_\_\_\_

Preneur d'assurance: \_\_\_\_\_ N° de police: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Je soussigné (preneur d'assurance) déclare vouloir assurer le nouveau-né mentionné ci-dessous, à partir de la naissance.

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance: 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

 Sexe: M  | F

Nom et prénom du parent assuré: \_\_\_\_\_

Plan d'assurance choisi<sup>(\*)</sup>: \_\_\_\_\_

Franchise: \_\_\_\_\_

Capital assuré (Plan H / Plan H+): \_\_\_\_\_

Montant journalier (Ind. Journalière): \_\_\_\_\_

Je soussigné déclare expressément avoir pris connaissance de ce qui suit :

1. les nouveaux-nés sont assurables à partir du 1<sup>er</sup> du mois de la naissance selon le(s) même(s) plan(s) d'assurance qu'un des parents assurés, pour autant que cette faculté soit prévue dans les Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance du (des) plan(s) à assurer et que le(s) plan(s) d'assurance soi(en)t conclu(s) endéans les 60 jours suivant le mois de la naissance. Dans ce cas, le présent document suffit pour affilier le nouveau-né.
2. passé le délai repris dans le point 1 ci-dessus, l'assureur procédera à une sélection du risque sur base d'une proposition d'assurance (volets administratif et médical) complétée et signée.
3. si le(s) plan(s) d'assurance du parent assuré n'est (ne sont) plus commercialisé(s) au moment de l'affiliation du nouveau-né, celui-ci sera assuré selon un (des) plan(s) d'assurance similaire(s), pour autant que cette (ces) garantie(s) ne diffère(nt) pas du (des) plan(s) d'assurance (d'un) des parents assurés.
4. le nouveau-né remplit les conditions d'assurabilité reprises dans les Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance de la garantie souhaitée.
5. je m'engage à fournir des renseignements complémentaires sur un des points précités :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et signature du preneur d'assurance ou de son représentant légal

<sup>(\*)</sup> Si vous souhaitez de plus amples renseignements sur la prime de ce plan tarif pour l'affiliation de votre nouveau-né, n'hésitez pas à nous contacter au 02 287 64 11 / fax : 02 287 64 12 ou surfez sur [www.dkv.be](http://www.dkv.be) - pour nos clients – Produits.

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Onderneming toegelaten onder nr. 0739 om de tak 2 „ziekte- te beoelieven“. - Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 „maladie“.