

Intermédiaire : \_\_\_\_\_ N° FSMA : \_\_\_\_\_

Commission: \_\_\_\_\_

## Securex Life Select One Formulaire de souscription

Les preneurs d'assurance soussignés ont l'intention de conclure auprès de Securex Vie aam un contrat avec les caractéristiques de produit reprises ci-après. Ce formulaire de souscription n'engage ni les candidats-preneurs d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat.

### CARACTÉRISTIQUES ADMINISTRATIVES

#### Premier preneur d'assurance / premier assuré<sup>1</sup>

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Sexe</b>	
<b>Langue de correspondance</b>	
<b>Rue + numéro</b>	
<b>Code postal + commune</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>GSM</b>	
<b>E-mail<sup>2</sup></b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Numéro de carte d'identité</b>	
<b>Date d'expiration carte d'identité</b>	
<b>Numéro de registre national</b>	
<b>Etat civil</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Cohabitant légal <input type="checkbox"/> Cohabitant de fait <input type="checkbox"/> Isolé
<b>Partenaire</b>	
<b>Enfants</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

<sup>1</sup> Toute modification doit être communiquée à Securex Vie aam.

<sup>2</sup> A remplir uniquement si le preneur d'assurance accepte de recevoir l'information sous forme électronique

**Deuxième preneur d'assurance / deuxième assuré<sup>1</sup>**

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Sexe</b>	
<b>Langue de correspondance</b>	
<b>Rue + numéro</b>	
<b>Code postal + commune</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>GSM</b>	
<b>E-mail<sup>2</sup></b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Numéro de carte d'identité</b>	
<b>Date d'expiration carte d'identité</b>	
<b>Numéro de registre national</b>	
<b>Etat civil</b>	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Cohabitant légal <input type="checkbox"/> Cohabitant de fait <input type="checkbox"/> Isolé
<b>Partenaire</b>	
<b>Enfants</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

<sup>1</sup> Toute modification doit être communiquée à Securex Vie aam.

<sup>2</sup> A remplir uniquement si le preneur d'assurance accepte de recevoir l'information sous forme électronique

**EXERCICE DES DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE**

Les 'droits du preneur d'assurance' (rachat, modification des bénéficiaires, ...) peuvent uniquement être exercés si les deux preneurs d'assurance donnent leur accord. Dès le décès de l'un des preneurs d'assurance, le preneur d'assurance survivant peut agir seul.

**CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES**

<b>Régime juridico-fiscal</b>	Sans réduction d'impôt
<b>Conditions générales</b>	CGAP-001
<b>Date d'entrée en vigueur</b>	27.10.2014
<b>Date terme</b>	28.10.2024

**PRIMES (EUR)<sup>1</sup>**

<b>Prime unique le 27.10.2014</b>	EUR
-----------------------------------	-----

<sup>1</sup> Taxes et chargements inclus

**RÈGLES DE PLACEMENT**

<b>Mode de placement<sup>1</sup></b>	<b>Classe de risque<sup>2</sup></b>
Securex Life Select One	0 <u>1</u> 2 3 4 5 6

<sup>1</sup> Le règlement de gestion comprend de plus amples informations sur le(s) mode(s) de placement.

<sup>2</sup> La classe de risque représente, sur une échelle de 0 à 6, une indication du risque financier impliqué (assumé en sa totalité par le(s) preneur(s) d'assurance). Cette classe de risque a été calculée sur la base d'observations antérieures, suivant les dispositions légales.

**CAPITAL EN CAS DE VIE DU PREMIER ASSURÉ OU DEUXIÈME ASSURÉ LE 28.10.2024**
**Capital assuré**

Avoirs sur compte

**Bénéficiaire**

Premier assuré et/ou deuxième assuré, selon qui est en vie.

**CAPITAL EN CAS DE DECES DE PREMIER ASSURE ET DEUXIEME ASSURE  
(DERNIER DECES)**

**Capital assuré**

<b>Du 27.10.2014 jusqu'au 28.10.2024</b>	Avoirs sur compte
--	-------------------

**Clause bénéficiaire standard**

1. les enfants de premier assuré et les enfants de deuxième assuré, à parts égales; à défaut,
2. les petits-enfants de premier assuré et les petits-enfants de deuxième assuré, à parts égales; à défaut,
3. les parents de premier assuré et les parents de deuxième assuré, à parts égales; à défaut,
4. les frères et sœurs de premier assuré et les frères et sœurs de deuxième assuré, à parts égales; à défaut,
5. la succession de premier assuré ou deuxième assuré, selon qui est décédé le dernier.

**Dérogation à la clause bénéficiaire standard**

--

**CAPITAL EN CAS DE DECES DE PREMIER ASSURE OU DEUXIEME ASSURE  
(PREMIER DECES)**

**Capital assuré**

<b>Du 27.10.2014 jusqu'au 28.10.2024</b>	Avoirs sur compte
--	-------------------

**Bénéficiaire**

Premier assuré ou deuxième assuré, selon qui survit.

**CHOIX DE LA COUVERTURE DECES<sup>1</sup>**

Dernier décès	Premier décès
---------------	---------------

<sup>1</sup> Barrez les mentions inutiles

<b>DECLARATIONS DES PRENEURS D'ASSURANCE</b>	
1.	Avez-vous l'intention de résilier, réduire ou racheter une assurance-vie avec le même assuré ? OUI - NON
2.	Etes-vous en négociation avec une autre compagnie dans l'intention de souscrire une autre assurance vie ? OUI - NON
3.	Exercez-vous (ou vos parents, vos enfants ou votre partenaire) ou avez-vous un jour exercé un mandat politique ou une fonction publique au niveau régional, national ou international ? OUI - NON
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etes-vous un citoyen américain (éventuellement en sus d'autres nationalités) ? OUI - NON</li> <li>• Avez-vous travaillé ou travaillez-vous aux U.S.A. ? OUI - NON</li> <li>• Avez-vous eu ou avez-vous un numéro US TIN ? OUI - NON</li> <li>• Avez-vous eu ou avez-vous un numéro de sécurité sociale US ? OUI - NON</li> </ul>
5.	Les preneurs d'assurance déclarent que toutes les données mentionnées sont correctes.
6.	Les preneurs d'assurance déclarent avoir eu l'occasion de prendre connaissance des conditions générales (règlement(s) de gestion inclus) (référence CGAP-001), de la fiche de tarif et de la fiche info financière, par la réception d'une version « papier » des documents relevant ou par la consultation électronique des documents relevant sur le site internet <a href="http://www.securex.be/assurances-branche23">www.securex.be/assurances-branche23</a> . Les preneurs d'assurance déclarent avoir accepté le contenu de ces documents.
7.	S'ils ont mentionné leur adresse email, les preneurs d'assurance acceptent de prendre connaissance de certains documents sous forme électronique.
8.	Le contrat d'assurance n'est pas conclu pour la couverture ou la reconstitution d'un crédit qui a été demandé.
9.	Les assurés acceptent de manière expresse que leur médecin puisse rendre au médecin-conseil de Securex Vie aam un certificat médical dûment complété (selon son propre modèle) avec mention de la cause du décès.

<b>COMMUNICATIONS DIVERSES</b>	
1.	La signature de ce formulaire n'oblige personne au paiement de la prime et n'octroie aucune couverture d'assurance.
2.	<p>La signature de ce formulaire de souscription n'oblige pas Securex Vie aam à l'accepter. Néanmoins, si Securex Vie aam n'a pas, endéans les trente jours suivant la réception de ce formulaire de souscription dûment complété et signé, notifié, soit un certificat personnel, soit la subordination du contrat à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, elle s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.</p> <p>La souscription de cette assurance est limitée en temps (du 18/08/2014 au 15/10/2014) et la prime doit, en tout état de cause, être parvenue sur le compte de Securex Vie aam le 24/10/2014 au plus tard. Tout paiement reçu après le 24/10/2014 sera remboursé et n'engagera pas Securex Vie aam.</p>
3.	Après acceptation du formulaire de souscription par Securex Vie aam, cette dernière transmettra un certificat personnel et une invitation au paiement de la prime.
4.	Le responsable du traitement des données communiquées par vos soins est Securex Vie aam, Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles. Ces données sont stockées dans un fichier et traitées en vue de la gestion du contrat. Vous disposez à tous moments d'un droit d'accès et de rectification gratuit de ces données. Le registre des traitements automatisés de données à caractère personnel est tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée et est accessible au public. Si vous souhaitez rectifier ou supprimer vos données, ou si vous ne souhaitez pas que Securex Vie aam vous informe par direct marketing au sujet de ses produits, vous pouvez gratuitement faire supprimer vos données en la matière en contactant le Compliance Officer de Securex Vie (Avenue de Tervueren, 43 - 1040 Bruxelles ou par mail : <a href="mailto:privacy@securex.be">privacy@securex.be</a> ).

Signature premier preneur d'assurance / premier assuré <sup>(1)</sup>	Signature deuxième preneur d'assurance / deuxième assuré <sup>(1)</sup>	Signature intermédiaire, afin de confirmer l'identité du/des signataire(s) susmentionné(s)
Date: .....	Date: .....	Date: .....

<sup>(1)</sup> Veuillez également joindre une copie recto et verso de la carte d'identité du signataire.