

Nom et Adresse de l'intermédiaire : \_\_\_\_\_  
N° d'inscription FSMA : \_\_\_\_\_ en tant que courtier d'assurances, numéro d'entreprise : \_\_\_\_\_

Le bureau possède une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ possède(nt) une participation directe ou indirecte supérieure à 10 % des droits de vote ou du capital du bureau.

*Par le biais du présent document, notre bureau agit conformément à la version consolidée de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, de la loi 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances qui entre en vigueur le 1 novembre 2014 et à la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers ainsi que des arrêtés d'exécution y afférents.*

## FICHE POUR UNE ASSURANCE-VIE

Renseignements relatifs au client : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro de registre national ou numéro d'entreprise : \_\_\_\_\_

Vos exigences et besoins pour une Assurance Vie : \_\_\_\_\_

Afin de procéder à une analyse de vos exigences et besoins concernant une Assurance- Vie, nous vous proposons de compléter la check-list suivante sur la base de vos réponses.

Preneur d'assurance	<input type="checkbox"/> Particulier	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Société
Qu'est-ce que je souhaite ?	<input type="checkbox"/> Couverture décès	<input type="checkbox"/> Décès + IPT	<input type="checkbox"/> Décès + IPT + ITT
Quelle est la durée souhaitée pour le contrat ?	_____ mois		

Exigences : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Vous confirmez avoir déclaré exactement toutes les circonstances connues de vous et qui doivent raisonnablement être considérées comme des données susceptibles d'influencer cette analyse.***

Avis motivé de notre bureau : \_\_\_\_\_

### 2 possibilités – une à cocher et compléter :

1.  Notre bureau vous recommande le produit d'assurance **CREDIT CONSO** de **AFI ESCA** sur la base :  
- (1) de l'analyse effectuée ci-avant de vos exigences et besoins relatifs à une Assurance Vie, et  
- (2) de la fiche d'information financière que nous vous avons remise et avons parcourue avec vous.  
et ce, afin de couvrir votre crédit à la consommation en couverture décès et éventuellement, en invalidité permanente totale ou en invalidité permanente totale et incapacité temporaire et totale de travail.

Vous confirmez que vous avez été informé de votre droit de solliciter le nom et l'adresse de l'entreprise ou des entreprises d'assurances avec laquelle (lesquelles) notre bureau peut travailler et travaille.

2.  Notre bureau vous recommande le produit d'assurance .....de .....sur la base :  
- (1) de l'analyse effectuée ci-avant de vos exigences et besoins relatifs à une Assurance Vie,  
- (2) d'une analyse impartiale d'un nombre suffisant d'assurances vie disponibles sur le marché et répondant à vos exigences et besoins, et  
- (3) de la fiche d'information financière que nous vous avons remise et avons parcourue avec vous.

Ce produit répond en effet en terme de type de produit et de caractéristiques principales à vos exigences et besoins.

Motivation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre choix en tant que client d'une Assurance Vie :** \_\_\_\_\_

**3 possibilités – une à cocher et éventuellement compléter :**

1.  Vous suivez l'avis donné par notre bureau et confirmez votre souhait de souscrire le produit d'assurance recommandé par nous.
2.  Vous ne suivez pas l'avis donné par notre bureau et confirmez expressément vouloir souscrire le produit d'assurance suivant : .....
3.  Aucun conseil n'a été fourni par notre bureau. Vous souhaitez souscrire le produit d'assurance suivant : .....

**Motivation spécifique (à compléter au moins si le conseil fourni par notre bureau n'est suivi que partiellement) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Vous confirmez que notre bureau ne doit plus effectuer d'analyse complémentaire de marché pour le risque que vous souhaitez assurer par l'intermédiaire de notre bureau. Vous reconnaissez que le contenu du produit d'assurance correspond à l'analyse de vos exigences et besoins et que vous avez été expressément informé de la portée et des limites du produit d'assurance que vous avez choisi.*

**Informations :** \_\_\_\_\_

Sur la base de votre choix, nous vous avons remis les documents suivants et les avons parcourus avec vous :

- La fiche d'information du produit choisi
- Les conditions générales du produit choisi
- Les conditions particulières du produit choisi
- Autres : ...

Fait en deux exemplaires, dont un est remis au client.

A \_\_\_\_\_ Le : | | | | | | | | | |

**Signatures**

Le traitement des données à caractère personnel susmentionnées est, conformément à l'article 5c) de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998 (dénommée ci-après « la loi sur la protection de la vie privée »), nécessaire afin de satisfaire à l'obligation d'information prévue dans la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances abrogée et remplacée à partir du 1er novembre 2014 par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à laquelle notre bureau est soumis en tant que responsable du traitement.

Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous disposez d'un droit d'accès aux données personnelles qui vous concernent et de rectification de ces données. Vous pouvez obtenir des informations complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée, à 1000 Bruxelles, Rue de la Presse, 35.

**VERSION 2014– ASSURANCE VIE autre qu'une assurance d'épargne ou d'investissement**

**POUR TOUTES QUESTIONS OU PROBLEMES, VOUS POUVEZ VOUS ADRESSER EN PRIORITE A NOTRE BUREAU.**

Des plaintes peuvent également être déposées auprès du Service Ombudsman Assurances, à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 35. Tél. : 02/547 58 71 - Fax : 02/547 59 75 - [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)

Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par la FSMA, à 1000 Bruxelles, rue du Congrès 12-14, et peut être retrouvé sur [www.fsma.be](http://www.fsma.be)