

- Demande d'offre  
 Proposition d'assurance

- Automobile  Cyclomoteur  Motocyclette  
 Camionnette  Camion



- Presticar  
 Vintacar  
 Recreacar



**COURTIER**

Nom, numéro d'agence  
 Votre référence  
 Personne de contact, tel, e-mail

**PRENEUR D'ASSURANCE**

Prénom, nom ou nom de l'entreprise  
 Forme d'activité, n° BCE, activité  
 Adresse

IBAN, BIC

**CONDUCTEUR**

Prénom  
 Nom  
 Adresse

Date de naissance  
 Permis de conduire (date, pays d'émis.)  
 Nationalité  
 Profession, activité de l'entreprise  
 BM actuel  
 Quel est votre véhicule principal?  
 Quel était votre véhicule précédent?  
 Depuis combien de temps êtes-vous client chez votre courtier?

Êtes-vous atteint(e) d'une particularité physique ou d'une maladie pouvant diminuer votre capacité de conduire?  
 Si oui, laquelle?

**SINISTRALITÉ**

Avez-vous été impliqué(e) dans un sinistre comme conducteur ou été victime d'un vol (ou tentative) au cours des 5 dernières années ?

- en tort
- en droit
- omnium
- protection juridique

Si oui, précisez:  
 Date, circonstances, débours

**OBLIGATOIR À JOINDRE:  
 STATISTIQUE OFFICIELLE  
 (AU MOINS 5 ANS)**

**CONDUCTEUR PRINCIPAL**

M.  Mme.

**CONDUCTEUR OCCASIONNEL**

M.  Mme.

Oui  Non  Oui  Non

Oui  Non  Oui  Non

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |

| HISTORIQUE  | CONDUCTEUR PRINCIPAL         |                              | CONDUCTEUR OCCASIONNEL       |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà été:   |                              |                              |                              |                              |
| <b>a.) Condamné(e) du chef d'ivresse, d'intoxication alcoolique, refus de prise de sang, délit de fuite ou pour ne pas avoir été en état de conduire?</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Y a-t-il une instance judiciaire en cours à ce sujet?</b>  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, précisez:   |                              |                              |                              |                              |
| <b>b.) Frappé(e) de déchéance(s) du droit de conduire?</b>  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, précisez date, période et motif:<br>(p.e. une infraction au code de la route)   |                              |                              |                              |                              |
| <b>c.) Assuré(e) pour un véhicule automoteur (2 ou 4 roues)?</b>  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, précisez:   |                              |                              |                              |                              |
| - Nom de la compagnie d'assurance   |                              |                              |                              |                              |
| - Numéro du contrat   |                              |                              |                              |                              |
| - L'assurance a-t-elle fait l'objet de mesures spéciales?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, nature et date:   |                              |                              |                              |                              |
| - Été résiliée?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, par qui? Quand? Pour quelle raison?   |                              |                              |                              |                              |

**PAIEMENT DE LA PRIME**  Annuel  Semestriel (+3 %)  Trimestriel (+ 5%)  Mensuel, domiciliation obligatoire (+ 5%)

**LANGUE DE LA POLICE**  Néerlandais  Français **DATE D'ÉCHÉANCE** ...../...../.....

**GARANTIES** (Merci d'utiliser la liste sur page 4 pour les camionnettes ou les camions)

- Responsabilité civile  
 Omnium partielle  
 Omnium complète : Franchise fixe : Franchise anglaise  
 Protection juridique (all-In)  
 Individuelle conducteur  
 Assistance générale personnes  
 Assistance panne  
 Assistance panne (nombre de jours véhicule de rempl. x 2)  
 Assistance après accident avec véhicule de rempl.

**DATE DE PRISE D'EFFET**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DESCRIPTION DU VÉHICULE** (Merci d'utiliser la liste sur page 4 pour les camionnettes ou les camions)

- Automobile\*  Cyclomoteur  Motocyclette  
 \*Précisez:  Sport  SUV  Break  Cabrio  Monovolume  Ancêtre  Mobilhome

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>Marque</b>                            |                    | <b>UTILISATION DU VÉHICULE</b>   |
| <b>Modèle</b>                            |                    | <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Privé (et chemin de travail) <input type="checkbox"/> Prof. (et privé)   |
| <b>Version</b>                           |                    | <b>TVA</b>   |
| <b>Nombre de places</b>                  | Conducteur compris | <input type="checkbox"/> Pas de récupération <input type="checkbox"/> 50 % récup. <input type="checkbox"/> Autre:  |
| <b>Valeur catalogue</b>                  | HTVA               | <b>NOMBRE DE KM PAR AN</b>   |
| <b>Valeur facture</b>                    | HTVA               | <input type="checkbox"/> 2.000 <input type="checkbox"/> 5.000 <input type="checkbox"/> 10.000 <input type="checkbox"/> 20.000 <input type="checkbox"/> 30.000 <input type="checkbox"/> Plus:                       |
| <b>1<sup>ère</sup> mise en circulat.</b> |                    | <b>PROPRIÉTAIRE DU VÉHICULE</b>  |
| <b>Puissance</b>                         | KW / CC            | <input type="checkbox"/> Financement <input type="checkbox"/> Leasing financier <input type="checkbox"/> Leasing opérationnel  |
| <b>N° de châssis</b>                     |                    | <b>PROTECTION ANTI-VOL</b>   |
| <b>N° de plaque</b>                      |                    | <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> VV1 <input type="checkbox"/> VV2 <input type="checkbox"/> CJ0 <input type="checkbox"/> CJ1 <input type="checkbox"/> CJ2 <input type="checkbox"/> Autre: |

## DÉCLARATIONS

---

### Loi relative au contrôle des entreprises d'assurances

La loi belge est applicable au contrat. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée à la Commission bancaire, financière et des assurances, avenue de Cortenbergh 61 à B 1000 Bruxelles. B.D.M. nv agit comme agent général pour les assureurs mentionnés. Il n'existe pas de solidarité réciproque entre ces assureurs.

### Loi sur le contrat d'assurance

La signature de la présente proposition n'engage ni le proposant ni l'assureur et ne fait pas courir la couverture. B.D.M. nv s'oblige à conclure le contrat, sous peine de dommages et intérêts si, dans les 30 jours de la réception, elle n'a pas notifié au proposant, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête ou d'expertise du bien à assurer, soit son refus d'assurer. Dans la texte suivante, nous entendons par 'vous' tant le preneur d'assurance que l'assuré. Toutefois, vous déclarez par la présente que vous avez mentionné sur cette proposition toutes les données que vous pouvez considérer comme étant nécessaires ou utiles lors de notre appréciation du risque. Vous vous engagez à nous communiquer immédiatement toute modifications à ces données

### Datassur

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données le concernant. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante: Datassur, service fichiers, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles

### Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers B.D.M. SA entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal. police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal. **Loi sur la protection de la vie privée**

Les données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers des assureurs. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurance IARD. Les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée. Dans un but de gestion rapide du contrat (du dossier sinistre), les assurés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des documents médicaux les concernant. Les données judiciaires feront l'objet d'un traitement immédiat. Les assurés renoncent en effet à en être informés préalablement.

### Traitement des données à caractère personnel

#### 1. Informations au preneur d'assurance

##### QUANT À LA PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

Bracht, Deckers & Mackelbert S.A. (ci-après : BDM) considère que la protection de votre vie privée est essentielle. Conformément au règlement général sur la protection des données (en abrégé : RGPD ou — en anglais — GDPR), BDM prend diverses mesures, qui sont décrites en détail dans la [notification publique de confidentialité sur le site Web de BDM \(www.bdmantwerp.be/privacy\)](http://www.bdmantwerp.be/privacy). Cette notification énonce également vos droits et obligations à l'égard de vos données à caractère personnel traitées par BDM ou par son intermédiaire. Sur simple demande, vous pouvez obtenir de votre courtier en assurances une copie écrite de cette notification en matière de confidentialité.

BDM désire avant tout souligner les éléments clés suivants :

- Sous certaines conditions (notamment : dans la mesure où BDM peut tracer vos données à caractère personnel et pour autant que BDM ne peut pas faire valoir des intérêts supérieurs), vous avez droit à l'information (consultez à cet effet la notification en matière de confidentialité sur le site internet de BDM), l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation du traitement, l'opposition et la portabilité de vos données à caractère personnel.
- En ce qui concerne l'exercice de vos droits, veuillez-vous adresser de préférence par courriel au délégué à la protection des données : B.D.M, à l'attention du délégué à la protection des données, Entrepotkaai 5, 2000 Antwerpen, Tél. +32 3 242 09 36, e-mail : [privacy@bdmantwerp.be](mailto:privacy@bdmantwerp.be)
- Vous pouvez adresser vos éventuelles réclamations en matière de confidentialité au délégué à la protection des données mentionné. En outre, vous avez toujours le droit de déposer plainte auprès d'une autorité de contrôle. L'autorité de contrôle pour la Belgique est la Commission de la protection de la vie privée, Rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles (<https://www.privacycommission.be/fr>).

##### EN CE QUI CONCERNE LES CONTRATS D'ASSURANCE QUE VOUS SOUSCRIVEZ AVEC BDM

- Sur simple demande, vous pouvez obtenir auprès de votre courtier un exemplaire écrit des conditions générales des contrats d'assurance que vous souscrivez avec BDM. En outre, vous pourrez consulter ces conditions générales en ligne sur <https://www.bdmantwerp.be/fr/downloads>.
- Si vous avez des réclamations se rapportant à (la réalisation ou l'exécution de) ces contrats d'assurance, veuillez vous adresser à notre service de réclamation, Entrepotkaai 5, 2000 Antwerpen, tél. +32 3 242 09 36, e-mail: [complaints@bdmantwerp.be](mailto:complaints@bdmantwerp.be). Si vous n'obtenez pas satisfaction ou souhaitez l'intervention immédiate du Service de médiation des assurances, vous pouvez déposer plainte de plusieurs façons: moyennant un [formulaire internet](#), par courriel adressé à [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as), par fax au +32 (2) 547 59 75 ou par lettre ordinaire au Médiateur des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles.

- Nous vous prions de prendre connaissance de notre politique de conflit d'intérêts et de notre politique relative aux indemnités. Sur simple demande, vous pourrez en obtenir un exemplaire écrit auprès de votre courtier. En outre, ces documents sont consultables sur <https://www.bdmantwerp.be/fr/downloads>.

## 2. Déclarations du preneur d'assurance

- Je déclare que les informations (y compris mes données personnelles générales et médicales) que j'ai fournies (ou que je fournirai) à BDM sont exactes, complètes, pertinentes et non excessives (ou le seront).
- J'autorise BDM à traiter ces informations (y compris mes données personnelles générales et médicales) afin de souscrire et exécuter mon/mes contrat(s) d'assurance.
- Je consens à ce que le traitement des données à caractère personnel relatives à ma santé ou celle de la personne que je représente s'effectue en dehors de la responsabilité d'un professionnel des soins de santé.
- Le cas échéant, je consens, au nom de la personne que je représente, à un examen médical éventuel, dans la mesure où celui-ci est exigé pour mon contrat d'assurance.
- Je m'engage à communiquer à BDM, par écrit ou par courriel, toute modification relative aux informations fournies intervenant avant l'émission de la police. En outre, je m'engage à communiquer à BDM, par écrit ou par courriel, toute modification relative aux informations fournies intervenant pendant la durée de la police.
- Je déclare être au courant que l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la communication d'informations, induisant BDM en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, entraîne la nullité du contrat d'assurance.
- Je réalise en outre que toute escroquerie ou tentative d'escroquerie de BDM ou des assureurs pool ou co-assureurs concernés dans le contrat d'assurance par le biais de BDM entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fera également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.
- J'autorise BDM et les assureurs pool et co-assureurs représentés par BDM de communiquer mes données à caractère personnel aux destinataires précités des données à caractère personnel, comme décrit plus en détail dans la notification publique en matière de confidentialité de BDM.
- Je confirme avoir reçu une copie certifiée conforme de ce formulaire d'autorisation ainsi qu'un exemplaire des conditions générales et particulières applicables de mon/mes contrat(s) d'assurance. Je déclare en accepter le contenu et l'application.

En outre, j'autorise BDM à utiliser l'adresse d'e-mail que j'ai indiquée ci-dessous pour toutes les communications à effectuer entre BDM et moi-même concernant mon/mes contrat(s) d'assurance avec BDM :

Données du preneur d'assurance :

|                |
|----------------|
| Nom et prénom: |
| Adresse:       |
| Adresse-email: |

Fait à ....., le .....

Le preneur d'assurance

Signature<sup>1</sup>

Le courtier

Signature

**En cochant la case suivante, je déclare que j'ai lu les informations et déclarations énoncées ci-dessus et que je les accepte : :**

<sup>1</sup> Si le preneur d'assurance ne peut pas signer lui-même, veuillez en mentionner les raisons + le nom et la qualité du signataire.

