Exemple de Proposition de RC professionnelle à compléter (étape 1) :

| ■ Belfius | Belfius Banque SA Boulevard du Pachéco 44 – 1000 Bruxel Tel. 02 222 11 11 11 1 – N° de cpte BEZ3 RPM Bruxelles TVA BE 0403.201.185 FSMA n° 019049 A www.belfius.be | les 0529 0064 6991 | | |
|---|---|------------------------|------------------|---|
| Agent-mandataire et agent sout | s-assureur van Belfius Bank NV | | | Actor-ID: |
| P | ROTECTION DES | RESPONS | ABILITE | S |
| | ROFESSIONS MEDIC | | | |
| Activités professionne | elles | | | |
| Activité de Nutrithérapeute/C | illée de vos activités professionnelles conseiller en Nutrition, membre de l'Ur et bien-être et recommandations de co | ion des Nutrithérapeut | es Francophones | (UDNF) |
| Pratiquez-vous des accouch | ements ? | □ NON | OUI | |
| Pratiquez-vous des intervent | | □ NON | □ oui | |
| Suivez-vous un stage de spe | | □ NON | OUI | Jusqu'au : |
| Pratiquez-vous la médecine - l'homeopathie - l'acupuncture - l'osteopathie - la chiropraxie - autres activités non-allopa | | NON NON NON | OUI OUI OUI | Lesquelles ? |
| Depuis guand exercez-vous | ces activités professionnelles ? | | | |
| | nabituellement en Belgique ? | NON | □ OUI> | Mentionnez chai immobilier utilisi activités à assur en bon état ? |
| Profil professionnel Diplômes liés à votre activi | té médicale | | late d'obtention | |
| Inscription au tableau de l'é | Ordre des Médecins ; NON | □ OUI dat | te: | |

Dans la partie Profil professionnel, il faut citer tous les diplômes et certificats relatifs aux activités susmentionnées + dates d'obtention

Le dernier point ne concerne que les médecins.

Trois premières sous-questions à remplir par les médecins uniquement

- => détaillez vos autres activités professionnelles
- =>date de début de chaque activité susmentionnée, celle de nutrithérapeute + chaque autre activité
- => Si une partie (elle doit être accessoire) des activités est pratiquée à l'étranger, il faut cocher 'Oui'
- => Il faut aussi noter l'adresse de chaque lieu de consultation (Belgique ou étranger)

(Si vous manquez d'espace, mettre une astérisque* et renvoyez plus bas)



Si vous travaillez seul, vous ne devez rien remplir sur cette feuille.



Il est conseillé de prendre un volet protection juridique si vous ne disposez pas par ailleurs de ce type de couverture dans une autre compagnie comme DAS.

La protection juridique coûte +- 11€/an.

Si vous la souhaitez, il faut cocher la case.

Si vous travaillez avec du personnel ou des collaborateurs indépendants vous devez les mentionner ici (pour les collaborateurs indépendants, si ils ont eux-mêmes souscrit à une RC professionnelle il ne faut pas les assurer dans votre police.

La troisième partie du cadre concerne les personnes travaillant en milieu hospitalier uniquement.

Indiquez ici si vous êtes nutrithérapeute indépendant à temps plein ou en activité complémentaire



Date d'effet :

- Si vous êtes un nouveau membre, déterminez la date d'effet en fonction du moment où vous devez être couvert
- Si c'est un changement de contrat : NE PAS remplir cette date, Belfius complètera la date d'effet sur base de votre contrat existant (transmis à Belfius)

| ispositions adminis | | | | |
|--|--|--|--|---|
| réquence de paiement : tode d'encaissement | annuel Easy Pay | semestriel N° Easy Pay : | ☐ trimestriel | mensuel (uniquement si Easy Pay) |
| Remarques : | | | | |
| | | | | complètes, même si elles ont été |
| | | | In anatomi diagnosis | Méanmaine Dolfine Incurance |
| Cette proposition d'assu SA s'obligent à conclure a réception de la prop d'assurer, ou subordon déclare avoir reçu un ex | urance n'engage pa e le contrat d'assura osition, elles n'ont né l'assurance à un cemplaire, n'ouvre p | pas signifié au candid ne demande d'enquête pas le droit à la garantie | lat-preneur l'accep . La signature de d d'assurance. | tation de l'assurance ou leur refus cette proposition, dont le proposant |
| Cette proposition d'assu SA s'obligent à conclure a réception de la prop d'assurer, ou subordon déclare avoir reçu un ex Le traitement des don | urance n'engage pa e le contrat d'assura osition, elles n'ont né l'assurance à un cemplaire, n'ouvre p nées à caractère | pas signifié au candid ne demande d'enquête pas le droit à la garantie personnel transmises | lat-preneur l'accep La signature de d'assurance. | ance. Néanmoins Belfius Insurance si, dans les trente jours qui suivent tation de l'assurance ou leur refus cette proposition, dont le proposant ce SA et à son intermédiaire peut stion des contrats et des sinistres. a protection de la vie privée (Loi du |
| Cette proposition d'assument de la proposition d | urance n'engage pa e le contrat d'assura l'osition, elles n'ont né l'assurance à un emplaire, n'ouvre p nées à caractère e du service à la cli emplémentaire est de | pas signifié au candid ne demande d'enquête pas le droit à la garantie personnel transmises | lat-preneur l'accep La signature de d'assurance. | tation de l'assurance ou leur refus cette proposition, dont le proposant ce SA et à son intermédiaire peut stion des contrats et des sinistres. |

Belfius Insurance se charge du transfert de votre ancienne assurance vers ce nouveau contrat.

Pour cela il est indispensable de leur fournir :

- -une copie complète de votre ancien contrat (ils vérifieront les dates)
- -la lettre de renon (vis-à-vis de votre ancien assureur) complétée
- -le recipicé de renon reçu de votre ancien assureur (mail ou courrier)! !!! Important pour ne pas démarrer la nouvelle RC alors que l'ancienne RC court toujours...

En fonction de la date de renouvellement de votre contrat actuel, du délai de 3 mois de renon, de la vitesse de réaction de votre ancien assureur vous serez progressivement basculé vers cette nouvelle police lors de la prochaine échéance de votre prime ou la suivante au plus tard.



Document de renon à signer uniquement pour les membres qui changent d'assurance,

- Belfius remplit le cadre sur base des données de votre contrat actuel, ainsi que la date de renon.
- Le Membre date, sign et remplit ses coordonnées en bas de document

| | | Lettre de renon |
|---|--|--|
| Renon par fax ou e-m | nail conformément à la Convent | tion Assuralia nr. 570 en faveur de Belfius Insurance |
| SA, agréée sous le co | de 0037. | |
| | | |
| Compagnie d'assurar | nce : | |
| | | |
| | | |
| Numéro de police: Branche: | | |
| Branche: | | |
| | | |
| Madame, Monsieur, | | |
| Par la présente le v | yous informe que je souhaite | mettre un terme à la date du/ à la polic |
| susmentionnée sousc | crite auprès de votre compagni | e. |
| | | t y avoir une erreur dans le numéro de police, alors j |
| Si la date ne devait | pas etre correcte ou s'il devait | le j'al personnellement souscrite à la prochaine dat |
| d'échéance. | ctire on terms on print | |
| | | a does les buit lour |
| Veuillez me confirm Passé ce délai, je con | ner la résiliation et me faire pa nsidérerai le présent renon com | arvenir vos éventuelles remarques dans les huit jour nme dûment accepté par vous. |
| Veuillez me confirm Passé ce délai, je con Sincères salutations, | nsidérerai le présent renon com | arvenir vos éventuelles remarques dans les huit jour nme dûment accepté par vous. Fait à |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Fait à |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Fait à |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Fait à |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Fait à |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Pait à Date:/ Signature du preneur d'assurance: |
| Passé ce délai, je con | nsidérerai le présent renon com | Pait à Date:/ Signature du preneur d'assurance: |
| Passé ce délai, je con Sincères salutations, | nsidérerai le présent renon com | Pait à Date:/ Signature du preneur d'assurance: |
| Passé ce délai, je con Sincères salutations. Nom du preneur d'a | assurance: | Pait à Date:/ Signature du preneur d'assurance: |
| Passé ce délai, je con Sincères salutations. Nom du preneur d'a Qualité: | assurance: | Fait à |
| Passé ce délai, je con Sincères salutations. Nom du preneur d'a Qualité: | assurance: | Fait à |
| Passé ce délai, je con Sincères salutations. Nom du preneur d'a Qualité: | assurance: | Fait à |

Editeur Responsable : UDNF – 5 rue Chalais 4530 Fize-Fontaine

