

# RC PROFESSIONNELLE AGENTS IMMOBILIERS

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

**Formulaire à renvoyer dûment complété et signé à l'attention de Marsh par:**

- ▶ e-mail: [ipi@marsh.com](mailto:ipi@marsh.com)
- ▶ fax: +32 2 674 99 38
- ▶ courrier: Marsh, Affinity-IPI, Avenue Herrmann-Debroux 2 - 1160 Bruxelles

### INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCES

Courtier: MARSH SA, Avenue Herrmann-Debroux 2 à 1160 Bruxelles  
 Assureur: AXA Belgium, Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles  
 Demande de souscription - Polices n° 730.401.047 et 730.404.407

### PRENEUR D'ASSURANCE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Preneur d'assurance = Souscripteur de l'assurance

F  H

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Dénomination de la société : \_\_\_\_\_ Forme juridique (s.a., sprl, etc.) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Tél./GSM : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Activité : \_\_\_\_\_

### LISTE DE TOUS LES AGENTS IMMOBILIERS EXERCANT LEUR ACTIVITE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ :

Nom, prénom	Membre FEDERIA	Qualité <sup>2</sup>	N° IPI	Langue <sup>2</sup>
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire/Stagiaire		FR/NL

<sup>2</sup>biffez la mention inutile

### ACTIVITÉS D'AGENT IMMOBILIER EXERCÉES AU TRAVERS DES SOCIÉTÉS OU ASSOCIATIONS SUIVANTES:

Dénomination et forme juridique	Adresse	N° d'entreprise

### GARANTIES SOUHAITÉES

**GARANTIE DE BASE<sup>3</sup>**

<sup>3</sup>Prime comprise dans la cotisation des membres de Federia

**GARANTIES OPTIONNELLES (en complément de la garantie de base)**

**1. Activité(s) supplémentaire(s) de la société ou du bureau exercée(s) conjointement à l'activité d'agent immobilier/syndic (cochez l'option souhaitée):**

Certificateur énergétique

Commissaire aux comptes

- Expert judiciaire Si oui, indiquez le nombre : \_\_\_\_\_
- Agence de locations saisonnières
- Intermédiaire en crédit hypothécaire
- Etat des lieux travaux / Coordination travaux
- Homme(s) à tout faire :  Parties communes  Parties privées Si oui, indiquez le nombre : \_\_\_\_\_

## 2. Garanties supplémentaires

- Augmentation des capitaux RC Professionnelle :  
 Dommages corporels  Dom. matériels et immatériels consécutifs  DM+DIC+Dom. immatériels purs
- Protection Juridique étendue :  
 Litiges contractuels et récupération d'honoraires :  Agent immobilier  Régisseurs |  10.000€  20.000€  
 Défense civile (amiante/pollution)

### ASSURANCE ACCIDENT DU COMPROMIS (décès de l'acquéreur) :

- 25 compromis  50 compromis Montant assuré souhaité : \_\_\_\_\_ €
- Nombre de compromis souhaités (par tranche de 25 compromis supplémentaires) : \_\_\_\_\_

## MENTIONS LÉGALES

- a) La présente proposition d'assurance est destinée uniquement à informer la compagnie des caractéristiques du risque à couvrir et n'engage ni le proposant ni la compagnie à conclure le contrat; par conséquent, la signature de la proposition ne fait pas courir la couverture d'assurance.
- b) Toutefois, la compagnie s'oblige, sous peine de dommages et intérêts, à conclure le contrat si, dans les trente jours de la réception de la proposition, elle n'a pas notifié au proposant, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer.
- c) Le proposant certifie sincères et véritables dans tous leurs détails, même si elles ne sont pas écrites de sa main, les déclarations figurant dans la présente proposition et les annexes éventuelles devant servir de base au contrat d'assurance.
- d) Les données communiquées peuvent être traitées par la compagnie d'assurances en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.

En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données et les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

Il y a lieu de cocher cette case, si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

La compagnie d'assurances pourra, le cas échéant, communiquer 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 a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur par une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité adressée à Datassur, 29, Square de Meeûs, 1000 Bruxelles.

## REMARQUE IMPORTANTE

- Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de la police collective obligatoire de l'IPI
- Je marque accord pour que tout courrier relatif à ma police d'assurance me soit envoyé à l'adresse e-mail susmentionnée
- Oui  Non

**Les déclarations qui figurent dans cette proposition sont strictement confidentielles, elles doivent servir de base au contrat d'assurance. Je les certifie sincères et véritables dans tous les détails, même si elles ne sont pas écrites de ma main.**

**Date d'effet souhaitée** (au plus tôt à la date de remise du présent formulaire à MARSH) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Signature du Preneur d'assurance : \_\_\_\_\_