



DOCUMENT D'AUTORISATION

Dossier Bureau du Suivi : OBS_____ / _____ (réservé au Secrétariat)

Prénom et nom : _____

Cette autorisation ne porte que sur la présente demande jusqu'à sa clôture.

Afin de remplir correctement ce document, nous vous précisons les notions 'candidat-preneur d'assurance' et 'candidat-assuré'. Le candidat-preneur d'assurance est la personne qui a souscrit le contrat et doit payer la prime. Le candidat-assuré est la personne sur laquelle le risque repose. C'est lors du décès de cette personne que le capital assuré sera payé. Le preneur d'assurance et l'assuré sont souvent la même personne.

Autorisation de droit de regard sur le dossier médical*

Je soussigné (candidat-assuré) donne mon accord explicite pour que les données médicales dont le médecin-conseil de (assureur concerné) dispose, soient communiquées au Bureau du Suivi de la Tarification Assurance solde restant dû, et le cas échéant l'expert mandaté par le Bureau du Suivi, dans le cadre de la gestion et le traitement de ma demande d'examen de l'assurance solde restant dû. Cette communication reste limitée aux données médicales qui sont nécessaires à cette mission. Ces données médicales ne sont plus consultables par les membres du Bureau du Suivi après la clôture de mon dossier.

Vous pouvez à tout moment retirer votre autorisation, par le biais d'un message que vous faites parvenir au Bureau du suivi de la même manière que la présente autorisation. Dans tel cas le Bureau du suivi, en absence de ces données, ne pourra plus traiter votre demande.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :

.....

*Notamment, le règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ; la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 7 et la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, article 61.

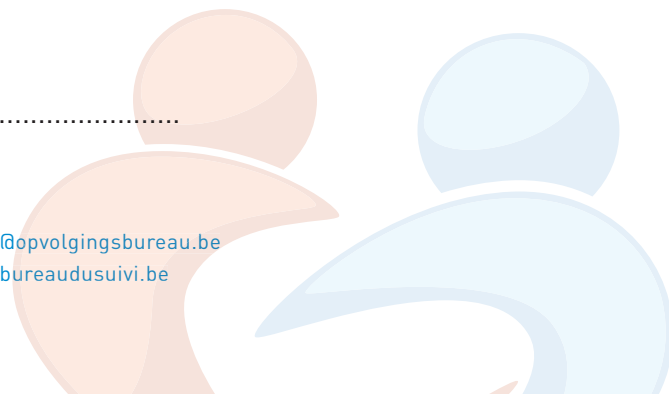
Déclaration concernant l'habitation propre et unique

Par la signature de ce document, je (candidat-preneur) déclare formellement que l'assurance solde restant dû demandée sert à la couverture d'un crédit hypothécaire pour l'acquisition ou la transformation de mon habitation propre et unique.

J'autorise dès lors le **Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû** à en demander la confirmation auprès du SPF Finances - Cadastre, enregistrement et domaines.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :

.....





Mandat (à remplir uniquement si vous n'êtes pas la personne pour laquelle la surprime est demandée ou pour laquelle l'assurance a été refusée)

Je, (prénom et nom du candidat-assuré)

.....
autorise madame/monsieur (prénom et nom de la personne qui introduit la demande)

.....
à introduire en mon nom une demande d'examen auprès du **Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû** concernant l'assurance solde restant dû demandée, qui me concerne, et à traiter cette demande avec ce service.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :

.....

Prénom et nom:

.....

Date:

.....

J'annexe une copie recto-verso **des cartes d'identité** des personnes concernées

Ce document concerne la vie privée. Pour cette raison, vous devez envoyer cette autorisation originale par la poste à l'adresse suivante :

*Bureau du Suivi de la Tarification Assurance Solde restant dû
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles*

