

# Auto Proposition

AMMA ASSURANCES a.m.  
Association Mutuelle Médicale d'Assurances  
entreprise d'assurance mutuelle  
association d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances sous le code 0126  
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie, autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale  
(A.R. des 03 et 04.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944  
statuts publiés au Moniteur Belge les 13.01.1945, 18.05.1968, 02.08.1973, 11.09.1987

info@amma.be  
www.amma.be

## **1. Préliminaires**

### **1.1. Protection de la vie privée**

La Loi du 08.12.1992 nous oblige à communiquer ce qui suit aux personnes à propos desquelles des données sont rassemblées pour être traitées :

- Les données rassemblées peuvent être enregistrées dans les fichiers suivants: répertoire général, relations commerciales, gestion des contrats, gestion et liquidation des sinistres, statistiques.
- Toute personne apportant la preuve de son identité a le droit, moyennant paiement préalable de la somme fixée par l'AR du 07.09.1993, de consulter ses données, de faire corriger les données incorrectes ou de faire supprimer certaines informations. Pour exercer ce droit, la personne en question doit envoyer une demande datée et signée au service 'Fichiers' de AMMA ASSURANCES, le détenteur des fichiers.

Il est également possible de consulter le registre de l'instance officielle suivant le règlement fixé.

### **1.2. L'adhésion**

La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture.

La proposition n'engage ni le candidat preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception du formulaire 'proposition', l'assureur n'a pas notifié au candidat preneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

Veuillez compléter toutes les données demandées dans la présente proposition. Il va de soi que chaque question doit faire l'objet d'une réponse objective et sincère.

## 2. Date de prise d'effet, durée, mode de paiement

Prise d'effet :	<input type="checkbox"/> 1 an	<input type="checkbox"/> court terme
Du	au	
<input type="checkbox"/> Nouvelle affaire	Remplace police n° :	Police commune n° :
Echéance annuelle :		
Paiement :	<input type="checkbox"/> annuel	<input type="checkbox"/> semestriel
Sociétaire n° :	<input type="checkbox"/> trimestriel	
	<input type="checkbox"/> Nouveau	

## 3. Souscripteur, conducteur principal, autres conducteurs habituels

	Souscripteur	Conducteur principal (si différent du souscripteur)	Autre conducteur habituel
Nom, prénom, dénomination sociale :			
Rue, n°, bte :			
Code postal, localité :			
Profession :			
Secteur d'activité :			
Numéro INAMI :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :			
Etat civil :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nationalité :			
Date d'arrivée en Belgique (si nationalité étrangère) :			
Permis de cond., type :	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> provisoire	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> provisoire	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> provisoire
Date délivrance d'origine :			
N° permis de conduire :			
Nom et adresse employeur :			
Divers :	TVA-assujetti <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> partiel % Compte n° :	TVA-assujetti <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> partiel % Compte n° :	TVA-assujetti <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> partiel % Compte n° :
Téléphone privé :			
Téléphone prof. :			
Téléfax :			
GSM :			
E-mail :			
Sont-ils ou ont-ils déjà été assurés pour un ou plusieurs véhicules automoteurs auprès d'une autre compagnie d'assurances (comme conducteur ou preneur d'assurance) ? Si oui, nom de la compagnie : numéro(s) de la/des police(s) :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

dernier degré bonus-malus :			
L'assurance (RC ou autres garanties) a-t-elle été résiliée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
suspendue ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, par qui ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
date ?			
quelle garantie ?			
pour quelle raison ?			
Cette assurance fait-elle ou faisait-elle l'objet :			
d'une augmentation de prime ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
d'une franchise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, détaillez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
S'agit-il de la reprise d'une des polices ci-avant) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle ?			
Depuis combien de temps conduisent-ils un véhicule automoteur ?			
Sont-ils atteints d'un défaut physique ou d'une maladie pouvant diminuer leur capacité de conduire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :			
Dans combien d'accidents de la circulation (en droit ou en tort, avec ou sans tiers) ont-ils été impliqués au volant d'un véhicule au cours des 3 dernières années ? (1)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou plus	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou plus	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou plus
S'ils ont eu au moins un accident, combien en droit ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
combien en tort ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
combien dont la responsabilité n'est pas encore établie ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Sinistres incendie, vol, tentative de vol ou vol des accessoires, survenus pendant les trois dernières années (année de survenance, coût et circonstances) ?	1° 2° 3°	1° 2° 3°	1° 2° 3°



## 5. Valeur à assurer

	VEHICULE	REMORQUE
<p>a. Suivant la valeur catalogue, à neuf, y compris la valeur des options et accessoires compris automatiquement dans la valeur de base (hors taxes et avant remise et ristourne) :</p> <p>b. Valeur des options et accessoires dont le véhicule est équipé et qui ne sont pas compris dans le montant repris aux rubriques a. ci-avant et c. ci-après suivant la valeur d'achat à neuf, y compris les frais d'installation (hors taxes et avant remise et ristourne) :</p> <p>c. Installation audio :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marque :</li> <li>- Type :</li> <li>- Date d'achat :</li> <li>- Valeur de l'installation audio suivant valeur d'achat à neuf (hors taxes et avenant remise et ristourne) (1) :</li> </ul> <p>d. TMC (montant d'application lorsque le véhicule se trouve à l'état neuf (2) :</p>		
<b>Valeur totale à assurer</b>		
(1) Si la valeur à assurer dépasse € 495,79, veuillez consulter AMMA ASSURANCES.		
(2) Si extension souhaitée.		
En cas de souscription des garanties "CASCO", il est indispensable de joindre copie des factures d'achat du véhicule, des options, des accessoires et des autres installations.		

## 6. Garanties demandées - primes

	VEHICULE	REMORQUE
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile Réduction R.C. :                      % Motif :		
Prime annuelle (taxes compr.) :		
<input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Bris de vitrages <input type="checkbox"/> Mini <input type="checkbox"/> Véhicule de remplacement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Maxi - Franchise DM : (débutant, cabrio, sport : min. 5 %) :                      % - Valeur assurée : <input type="checkbox"/> Conventiennelle <input type="checkbox"/> Réelle		
Prime annuelle (taxes compr.) :		
<input type="checkbox"/> Protection juridique		
Prime annuelle (taxes compr.) :		
<input type="checkbox"/> Assurance conducteur :	<input type="checkbox"/> formule de base	<input type="checkbox"/> formule élargie
Prime annuelle (taxes compr.) :		

<input type="checkbox"/> Assurance occupants	<u>Indemnité par tête</u>		N°(s) de plaque des véhicules à assurer :
	Formule 1	Formule 2	
Décès	€ 7.436,81	€ 9.915,74	1°
Invalidité permanente	€ 7.436,81	€ 9.915,74	2°
Frais de traitement	€ 1.239,47	€ 1.239,47	3°
Prime annuelle 1 véhicule € 26,28	€ 22,31	€ 26,28	Formule demandée :
Prime annuelle 2 véhicules € 45,36	€ 38,18	€ 45,36	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Prime annuelle 3 véhicules	€ 53,05	€ 63,21	
Prime annuelle (taxes compr.) :			
Total primes annuelles (taxes comprises) :			

### 7. Sécurité du véhicule à assurer

Votre véhicule se trouve-t-il habituellement dans un garage privé fermé à clé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le véhicule est-il équipé d'un		
<input type="checkbox"/> système d'alarme électronique agréé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, marque et type :		
Code d'agrément UPEA :		
Prix (taxes comprises) :		
<input type="checkbox"/> système antivol agréé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, marque et type :		
Code d'agrément UPEA :		
Prix (taxes comprises) :		
<input type="checkbox"/> autre système d'alarme (1) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, marque et type :		
Genre :		
Prix (taxes comprises) :		
<input type="checkbox"/> système monté d'origine (1) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, détaillez.		
<input type="checkbox"/> marque antivol ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, détaillez.		
(1) Veuillez joindre la description technique.		

Prière de joindre le certificat de montage. La couverture VOL ne sortira ses effets qu'à la condition expresse que AMMA ASSURANCES soit en possession du certificat de montage.

Le souscripteur déclare qu'aucun des conducteurs renseignés ci-avant n'est atteint d'une particularité physique ou d'une maladie pouvant affecter sa capacité de conduire, n'a encouru un retrait de permis de conduire ou une condamnation en rapport avec l'utilisation d'un véhicule et ne fait l'objet d'aucune instruction judiciaire.

Je, soussigné, déclare adhérer aux statuts de AMMA ASSURANCES. et y souscrire une assurance « R.C. Auto » aux conditions générales de la police AMMA ASSURANCES sur la foi des déclarations qui précèdent.

Je, soussigné, déclare que les réponses qui précèdent, même si elles ne sont pas écrites de ma main, sont en tous points exactes.

Si une police définitive est établie, les déclarations ci-dessus serviront de base à son établissement et seront considérées comme en faisant partie intégrante.

Prière de faire précéder chaque signature des mots manuscrits « lu et approuvé ».

Fait à

, le

Signature de l'assuré.

Document à retourner à l'adresse suivante :  
AMMA ASSURANCES  
AVENUE DE LA RENAISSANCE 12 BTE 1, 1000 BRUXELLES

