



Note à l'intention du Candidat-Assuré : le fait de signer ou de compléter cette demande n'engage ni le Candidat-Assuré, ni aucune autre personne ou entité qu'elle représente, à souscrire la présente assurance. Merci de nous communiquer en annexe les informations complémentaires pouvant faire partie de la réponse à une ou plusieurs des questions ci-dessous si l'espace prévu à cet effet est insuffisant.

## Informations sur le Candidat-Assuré

Nom du Candidat-Assuré \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Spécialisation du Candidat-Assuré \_\_\_\_\_

## Options (Encerclez la prime\* pour l'option requise)

Option 1 : Package global

Option 2 : Package global sans garantie « Interruption du réseau » (\*\*)

Montant assuré (par sinistre/par année):	€ 50,000	€ 100,000	€ 250,000
Option 1	€ 325	€ 375	€ 500
Option 2	€ 245	€ 320	€ 385

\* Primes taxes locales incluses

Les primes susmentionnées sont d'application par médecin-spécialiste. Si le Candidat-Assuré opère dans le cadre d'une association/d'un groupement, la prime est à calculer par médecin-spécialiste faisant partie de cet(te) association/groupement. Dès lors que l'association/groupement rassemble plus de 2 médecins-spécialistes, la prime sera réduite à 50 % dès le 3<sup>ème</sup> médecin-spécialiste.

Le montant assuré total par période de couverture est applicable pour tous les sinistres de tous les assurés couverts sous un même certificat et pour toutes garanties d'assurance combinées. Les sous-limites suivantes sont d'application par sinistre et par année de couverture ; elles font parties du Montant Assuré total et ne s'y ajoutent pas.

Selon l'option choisie (1 ou 2), la garantie « interruption du réseau (\*\*) » est à rayer.

Lorsque le Candidat-Assuré relève d'une association/d'un groupement, le montant assuré par année est doublé.

Montant Assuré ( voir options ci-dessus)

€50.000/€ 100.000/€ 250.000

### Garanties d'Assurance

Gestion d'un évènement assuré

### Sous-limites

€50.000/€ 50.000/€ 75.000

### Franchises

€ 1.500

Mesures d'urgence

48 heures

Pas de franchise

Enquête Administrative

€50.000/€ 50.000/€ 75.000

€ 1.500

Amendes Administratives

€50.000/€ 50.000/€ 75.000

€ 1.500

Responsabilité

Limite générale d'intervention

€ 1.500

Responsabilité Multimédia

€25.000/€ 25.000/€ 75.000

€ 1.500

Extorsion Cybernétique

€25.000/€ 25.000/€ 50.000

€ 1.500

Vol Cybernétique

€25.000/€ 25.000/€ 25.000

€ 1.500

Piratage du système téléphonique

€50.000/€ 50.000/€ 75.000

€ 1.500

Interruption du réseau (\*\*)

€50.000/€ 50.000/€ 75.000

€ 2.500

Interruption du réseau (\*\*) de l'institution hospitalière

€12.500/€ 25.000/€ 50.000

€ 2.500

(\*\*) Perte financière due à la diminution des activités professionnelles suite à l'interruption du réseau

## Calcul de prime

Prime pour l'option choisie € \_\_\_\_\_

Réduction si le Candidat-Assuré travaille exclusivement en milieu hospitalier: - 25 %

Prime annuelle totale € \_\_\_\_\_ taxes locales comprises

## Conditions

---

Conditions Générales	: AIG-GBS 2017
Prise d'effet	Le ____/____/____ à 24:00h (heure locale)
Validité de l'offre	: 30 jours après signature de ce questionnaire

## Déclarations du Candidat-Assuré

---

### Le Candidat-Assuré

- Dispose de logiciels de sécurité (par exemple un anti-virus) sur tous ses systèmes informatiques et matériels informatiques: Oui  Non
- A restreint l'accès aux données sensibles aux personnes qui ont besoin d'y accéder: Oui  Non
- Dispose de procédures de sauvegarde digitale: Oui  Non
- Déclare ne pas avoir eu de dommages ces 5 dernières années qui auraient pu être couverts sous les garanties mentionnées ci-dessus: Oui  Non

Remarque: Si votre réponse est "NON" à l'une des déclarations précédentes, contactez le courtier Concordia pour obtenir une offre spécifique.

- Est uniquement actif dans un milieu hospitalier Oui  Non
- Le candidat-Assuré travaille en Association/groupement Oui  Non  Combien de médecins-spécialistes collaborent au sein de cet(te) association/groupement

## Déclaration

---

Le soussigné déclare par la présente que les déclarations faites dans le présent document sont exactes et qu'aucun fait matériel n'est volontairement omis ou erroné. Un fait matériel influence l'acceptation ou l'évaluation du risque. Le soussigné marque son accord sur le fait que le présent document et tout avenant ou information fournie serviront de base au contrat d'assurance. En outre, le soussigné informe(ra) l'assureur de toute modification intervenant dans les informations, déclarations ou faits contenus dans le présent document avant ou après la date de prise d'effet du contrat d'assurance. Le soussigné confirme avoir été parfaitement informé de tous les détails de la couverture.

### Signé par le Candidat-Assuré

Le Candidat-Assuré accepte la souscription du contrat d'assurance: Oui  Non

Signature: .....

Date.....

**Après avoir signé ce formulaire, vous pouvez le renvoyer :**

- 1. Par courrier postal à Concordia, Romeinsesteenweg 564B, 1853 Strombeek-Bever**
- 2. Par e-mail à [bstienlet@concordia.be](mailto:bstienlet@concordia.be), ou par fax au 02/423.11.03**