

VOUS ÊTES INVITÉ A RÉPONDRE A L'ENSEMBLE DES QUESTIONS AFIN QUE VOTRE DEMANDE PUISSE ÊTRE TRAITÉE.

Le volet médical du questionnaire n'est nécessaire et utilisé qu'en cas de souscription d'une garantie MALADIE.

COURTIER / MANDATAIRE DU PROPOSANT

Nom du Cabinet :

Nom et prénom du représentant :

E-mail :

Téléphone :

Adresse : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code ORIAS :

PROPOSANT (sera le Preneur d'Assurance si le contrat est souscrit)

Raison sociale (fournir un extrait Kbis) :

Forme juridique :

Nom et prénom du représentant :

Siège social : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code NAF :

Siret :

Activités exercées :

Date de création de l'entreprise :

Date de clôture de l'exercice social :

Chiffre d'affaires :

Effectif :

CARACTERISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Affaire Nouvelle

Remplacement

Date d'effet souhaitée :

Échéance annuelle :

Fractionnement :

Annuel

Semestriel

ANTECEDENTS DU RISQUE

Le Proposant :

- A-t-il été assuré pour ce risque ?

OUI

NON

Si oui, par quel assureur ?

N° de contrat :

- A-t-il déclaré des sinistres au cours des 3 dernières années ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, les circonstances, la date et l'importance :

- Ces sinistres ont-ils entraîné la résiliation du contrat ? OUI NON

Si non, motif du changement d'assureur :

- Des mesures ont elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir à la mise en jeu de l'éventuel contrat ? OUI NON

Si oui, fournir les détails :

PERSONNE CLÉ DE L'ENTREPRISE À ASSURER :

Nom et Prénom :

Adresse : N° : Type de voie : Nom de la voie :

Code postal : Ville :

Fonction dans l'entreprise : depuis quelle date ?

Description de son activité professionnelle :

Cette activité nécessite-t-elle des travaux manuels ? OUI NON

Si OUI, précisez lesquels et s'ils sont occasionnels ou fréquents (préciser la fréquence) :

Cette activité nécessite-t-elle des déplacements ? OUI NON

Si OUI, fréquence :

Durée moyenne d'un déplacement :

Destination(s) :

Moyens de transport utilisés :

- Train
 Moto + de 125 cm³
 Automobile - de 20 000 km/an + de 20 000 km/an
 Avion ligne régulière avion privé
en qualité de : passager pilote
 Autres (à préciser) :

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ACCIDENT ET MALADIE

Montant des frais généraux permanents annuels à couvrir : EUR

Mode d'Indemnisation souhaité : Forfaitaire Indemnitaire

Préciser et justifier leurs montants :

FRANCHISES			DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION
	Accident	Maladie	
	15 jours	15 jours	180 jours
	15 jours	30 jours	270 jours
	30 jours	30 jours	365 jours
	30 jours	60 jours	730 jours
	90 jours	90 jours	1 095 jours

Bénéficiaire de la garantie : le Preneur d'assurance, personne morale, désigné aux Conditions Particulières.

ASSURANCES MULTIPLES

Avez-vous souscrit des garanties de même nature auprès d'autres

sociétés d'assurances ?

OUI

NON

Si OUI, indiquez le nom de ces sociétés, le montant et la nature des garanties souscrites :

L'assureur se réserve le droit de subordonner la délivrance de sa garantie aux résultats d'une visite médicale destinée à compléter le questionnaire médical complété par l'homme clé de l'entreprise à assurer.

Nous joindre le questionnaire médical signé.

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire, et à le compléter suivant vos propres besoins.

Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.

Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.

Fait à

Le

**Faites précéder la signature de « Lu et Approuvé »
et apposer le cachet du proposant**

Extraits du Code des Assurances

Article L.113.8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article L.113.9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps ou l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

PARTIE RÉSERVÉE A L'INTERMÉDIAIRE

Connaissez-vous personnellement le proposant ?

OUI

NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à

Le

SIGNATURE DU COURTIER, APPORTEUR DE L'AFFAIRE

À REMPLIR PAR LA PERSONNE CLÉ DE L'ENTREPRISE À ASSURER

ACTIVITÉS EXTRA-PROFESSIONNELLES

Quels sports ou loisirs pratiquez-vous ?

Les pratiquez-vous de manière Occasionnelle ? Régulière ?
Participez-vous à des compétitions sportives ? OUI NON
Si oui, lesquelles ? :

Utilisez-vous un véhicule à 2 roues ? OUI NON
Si OUI, indiquez la cylindrée : cm³

QUESTIONNAIRE MÉDICAL À REMPLIR PAR LA PERSONNE CLÉ DE L'ENTREPRISE À ASSURER - uniquement en cas de souscription d'une garantie maladie

Proposant :

Personne à assurer - Nom et Prénom :

Date de naissance : Taille : cm Poids : kg
Quelle est votre tension artérielle ? Êtes-vous droitier gaucher

AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'ÊTRE ATTEINT OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UN TRAITEMENT MÉDICAL POUR UNE AFFECTION :

- | | | | |
|-----|--|-----|-----|
| 1- | Du cœur, du sang ou de l'appareil circulatoire (tension artérielle, infarctus, douleurs thoraciques, anémie, troubles circulatoires, varices, phlébites) ? | OUI | NON |
| 2- | De l'appareil respiratoire (bronchites, asthme, tuberculose, pleurésie, emphysème) ? | OUI | NON |
| 3- | De l'appareil urinaire (reins, vessie, prostate, calculs, albumine, sucre ou sang dans les urines) ? | OUI | NON |
| 4- | Du cerveau ou du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysie, congestion cérébrale) ? | OUI | NON |
| 5- | De nature psychiatrique, neuropsychiatrique, ou psychologique (dépression nerveuse, trouble du comportement ou de la personnalité) ? | OUI | NON |
| 6- | Des os, des articulations (colonne vertébrale, lombalgie, sciatique, arthrite, rhumatismes) ? | OUI | NON |
| 7- | De l'appareil digestif (estomac, foie, vésicule biliaire, intestins, ulcères, calculs, polypes) ? | OUI | NON |
| 8- | Des yeux ou des oreilles (diminution d'acuité auditive ou visuelle) ? | OUI | NON |
| 9- | Tumorale, cancéreuse ? | OUI | NON |
| 10- | Infectieuse ou virale (autre que les maladies infantiles) ? | OUI | NON |
| 11- | Autres maladies mentales ou physiques, infirmités ou défauts de constitution non énumérés ci-dessus ? | OUI | NON |
| 12- | Existe-t-il des antécédents familiaux pour les questions 1 à 11 ? | OUI | NON |

13-	Avez vous suivi au cours de ces 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?	OUI	NON
14-	Avez-vous dû faire au cours de ces 5 dernières années un séjour dans un hôpital, une clinique, une maison de repos ou un sanatorium ?	OUI	NON
15-	Envisagez-vous ou devez-vous à votre connaissance, être hospitalisé dans les 6 mois à venir ?	OUI	NON
16-	Avez-vous été en « arrêt de travail », de plus de 21 jours consécutifs, suite à un accident ou une maladie au cours de ces 5 dernières années ?	OUI	NON
17-	Les examens médicaux auxquels vous vous êtes soumis au cours de ces 3 dernières années (examens de sang, radiographie, électrocardiogrammes, électroencéphalogramme, scanner, IRM, Doppler) ont-ils mis en évidence des symptômes nécessitant un traitement médical ?	OUI	NON
18-	Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité civile, militaire ou rente d'accident du travail ?	OUI	NON
19-	Avez-vous déjà perçu des indemnités suite à un accident, une maladie ou une infirmité ?	OUI	NON
20-	Êtes -vous atteint d'une infirmité physique visible ou cachée ?	OUI	NON

EXPLICATIONS DÉTAILLÉES (si réponse OUI) (Cause, date, nature, durée, traitement, séquelles et conséquences) :

L'Assureur se réserve le droit de subordonner la délivrance de sa garantie aux résultats d'une visite médicale destinée à compléter ce questionnaire.

Nous joindre le questionnaire médical dûment signé par le proposant.

La compagnie ALBINGIA vous informe que les informations médicales et personnelles qui lui sont remises par le biais de ce questionnaire ne seront utilisées que dans le cadre de l'appréciation du risque pour la souscription de la garantie d'assurance souhaitée.

La compagnie ALBINGIA s'interdit toute divulgation à des tiers dans le respect notamment de l'article 9 du Code civil ainsi que de l'article 226-13 du Code pénal sur le secret professionnel.

En tout état de cause, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez décider :

- soit de les transmettre (sous pli cacheté dans une enveloppe « simple ») au Département production Assurance des Personnes de la compagnie ALBINGIA,
- soit de les transmettre (sous pli cacheté dans une enveloppe « Secret Médical ») au Médecin Conseil de la compagnie ALBINGIA.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, vous avez au moins répondu OUI à l'une d'elles, vous devez fournir impérativement des explications détaillées (cause, nature, date, durée, traitement, séquelles et conséquences des affections en rappelant le numéro de la question) et êtes formellement invité à transmettre le questionnaire et ces informations sous pli cacheté dans une enveloppe « Secret Médical » à l'intention du Médecin Conseil de la compagnie ALBINGIA.

Les informations à caractère personnel recueillies par ALBINGIA sont indispensables à la gestion de votre demande. Ces informations ont également pour finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des contrats d'assurance souscrits.

L'ensemble des réponses aux questions sont obligatoires ; à défaut de réponse à l'une d'entre elles, votre demande pourrait ne pas être traitée.

Toute opération relative aux données à caractère personnel est soumise aux dispositions du règlement européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel.

Nous vous informons que les données recueillies pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus aux entités composant la compagnie ALBINGIA en France ainsi que, si nécessaire, à ses intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel, et dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, étant précisé que les informations couvertes par le secret professionnel médical font l'objet de précautions particulières en termes de sécurité et de confidentialité.

Par ailleurs, vous êtes informé qu'en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ALBINGIA peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires habilitées.

En application de la réglementation et en particulier du Règlement européen 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations qui vous concernent, en justifiant de votre identité en écrivant à l'adresse suivante : ALBINGIA – Délégué à la protection des données (DPD) - 109/111 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET - par mail : dpd@albingia.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Les données vous concernant seront conservées pendant une durée de 3 (TROIS) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat. Les données de santé communiquées font l'objet d'une conservation pendant une durée maximale de 5 (CINQ) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat.

En cas de contestation, vous disposez du droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En cas de décès, et en l'absence de directives de votre part, vous êtes informé que vos héritiers disposent d'un droit de s'opposer à la poursuite des traitements de vos données ou faire procéder à leur mise à jour.

Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L. 113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.

Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.

Fait à

Le

Signature de la personne physique assurée.

Faites précéder la signature de « Lu et Approuvé »

Extraits du Code des Assurances

Article L.113.8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article L.113.9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.