



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

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

SITUATION DU RISQUE

N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Bâtiment :

Escalier :

Niveau (RDC, sous-sol, entresol, 1^{er}...) :

Superficie des locaux :

m²

Entreprise régie par le code des assurances – SA au capital de 34 708 448,72 EUR
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09
Siège social : 109/111, rue Victor Hugo – 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX – R.C.S. Nanterre 429 369 309

ANTÉCÉDENTS DU RISQUE

Le Proposant ou l'Assuré ou le Bénéficiaire :

A-t-il été, au cours des 3 dernières années, en liquidation ou en redressement judiciaire ? OUI NON

Si oui, quelle est à ce jour l'évolution de sa situation ? (rachat, plan de continuation...):

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 A 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 :

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

Si OUI, fréquence :

Durée moyenne :

Destination :

Moyens de transport utilisés (1) :

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 DÉCÈS SUITE A ACCIDENT

Montant des capitaux : EUR

Perte totale d'autonomie suite à accident : OUI NON

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE SUPÉRIEURE A 66 %

Montant des capitaux : EUR

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ACCIDENT ET MALADIE

Montant de l'indemnité journalière : EUR

Options proposées (1)

FRANCHISES			DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION
	Accident	Maladie	
	15 jours	15 jours	180 jours
	15 jours	30 jours	365 jours
	30 jours	30 jours	545 jours
	30 jours	60 jours	730 jours
	90 jours	90 jours	1 095 jours

Bénéficiaire (obligatoire) :

A partir de quelle base le montant à garantir a-t-il été calculé ? (bénéfice, frais généraux, frais de personnel supplémentaire ou autre) :

Préciser et justifier leurs montants (obligatoire) :

Montant des frais généraux :

EUR

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 :

La personne à assurer a-t-elle fait l'objet d'un refus, d'une restriction ou d'une surprime ?

OUI

NON

Si OUI, quand, pour quelles raisons et auprès de quel assureur ?

FORMULAIRE À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

(SI L'ASSURÉ EST DIFFÉRENT DU PRENEUR D'ASSURANCE, À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL, AGRAFÉ AU FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE)

Proposant :

Personne à assurer - Nom et Prénom :

Date de naissance :

Taille :

cm

Poids :

kg

Quelle est votre tension artérielle ?

Êtes-vous droitier gaucher

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

Précisez vos activités manuelles :

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 :

Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'une restriction ou d'une surprime ? OUI NON
 Si OUI, quand, pour quelles raisons et auprès de quel assureur ?

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR L'ASSURE - uniquement en cas de souscription d'une garantie maladie

(SI L'ASSURÉ EST DIFFÉRENT DU PRENEUR D'ASSURANCE, À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL, AGRAFÉ AU FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE)

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

A chaque question posée, il y a lieu de répondre par OUI ou NON. La liste des affections donnée entre parenthèses à chaque question n'est pas exhaustive et figure à titre d'exemple.

Pour toutes réponses "OUI", fournir impérativement ci-dessous des explications détaillées : cause, nature, date, durée, traitement, séquelles et conséquences des affections en rappelant le n° de question et envoyer le questionnaire avec les explications détaillées et éventuellement les pièces médicales justificatives sous pli confidentiel cacheté au médecin conseil d'ALBINGIA - 109/111 rue Victor Hugo - 92532 Levallois Perret.

- | | | |
|---|-----|-----|
| 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 :

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

**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 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.

PARTIE RÉSERVÉE A L'INTERMÉDIAIRE

Connaissez-vous personnellement le proposant ?

OUI

NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à

Le

SIGNATURE DU COURTIER, APORTEUR DE L'AFFAIRE