

**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 :

## CARACTERISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Contrat annuel avec tacite reconduction

Affaire Nouvelle

Remplacement

Date d'effet souhaitée :

Échéance annuelle :

Fractionnement : Annuel

Semestriel

Contrat temporaire :

Date de début :

Date de fin :

## 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 A ASSURER

Nom et Prénom :

Adresse :

N° : Type de voie : Nom de la voie :

Code postal : Ville :

Date de naissance : Taille : m Poids : kg

Quelle est votre tension artérielle ? Êtes-vous droitier  gaucher

Avez-vous été victime d'un accident ou d'une maladie ayant entraîné une invalidité permanente ? OUI NON

Si oui, précisez la date de survenance, la nature et le taux d'invalidité :

Suivez-vous actuellement un traitement médical suite à un accident ou une maladie ? OUI NON

Si oui, précisez la date de survenance, la nature de l'affection et le traitement en cours?

## ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE A ASSURER

Employeur :

Adresse de l'employeur :

N° Type de voie : Nom de la voie :

Code postal : Ville :

Fonction dans l'entreprise :

Description de votre 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 :

## 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 :

## GARANTIES SOUHAITÉES (cochez la case correspondante)

**Décès accident :**

Montant assuré : EUR

En cas de décès, le bénéficiaire est :

La personne physique ou morale désignée sous ce nom aux Conditions Particulières, à défaut :

- le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé ou non séparé de corps, la personne ayant conclu un pacte avec l'Assuré, le concubin notoire, à défaut :
- les enfants, nés ou à naître de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut :
- les ayants droit de l'Assuré.

Si vous ne souhaitez pas retenir la désignation type, vous pouvez rédiger une clause de désignation particulière ci-dessous.

Nom

Prénom

Date de Naissance

Adresse

- Invalidité** EUR
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
  - Invalidité Permanente totale et partielle :
    - Accident Accident et Maladie
    - Franchise : absolue : %
    - relative : %
    - Barème : Cie Autre :
  - Perte de profession** : montant assuré EUR
    - Accident Accident et Maladie
  - Incapacité temporaire totale** : montant assuré par jour : EUR
    - Accident Accident et Maladie
    - Franchise : Jours
    - Maladie : Jours
    - Rachat de la franchise en cas d'hospitalisation OUI NON
    - Durée de l'indemnisation : Jours
  - Incapacité temporaire totale** limitée à l'hospitalisation :  
montant assuré par jour : EUR
    - Accident Accident et Maladie
  - Frais médicaux accident** : montant assuré EUR
  - Frais de rapatriement** : montant assuré EUR
    - Accident Accident et Maladie
- Prestations assistance :** OUI NON  
(y compris frais médicaux à l'étranger à concurrence de 153.000 €) :

## 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

### 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.

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 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](mailto: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 »**

**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.