

## 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 :

## 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 :

## 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 ?

Profession exercée :

Depuis quelle date :

Montant du revenu annuel :

EUR

Description de l'activité professionnelle :

Siret :

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

Si OUI, précisez de quels travaux ou tâches il s'agit et leur fréquence :

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

Si OUI, précisez :

- la fréquence :

- la durée moyenne :

- la destination ou les destinations :

Pratique d'un sport particulier OUI  NON

Si OUI, précisez :

- la fréquence de la pratique de ce sport :

- la participation ou non à des compétitions :

OUI  NON

Si OUI, précisez de quelles compétitions il s'agit :

Utilisation d'un véhicule à 2 roues ? OUI  NON

Si OUI, précisez :

- la cylindrée :

- le type d'usage : trajet, régulièrement, occasionnellement :

Pratique d'une activité spécifique OUI  NON

Si OUI, précisez :

- le type d'activité :

- la fréquence de la pratique de cette activité :

***En fonction de l'activité déclarée, l'Assureur pourra demander des éléments complémentaires.***

## **GARANTIES SOUHAITÉES**

Garantie obligatoire :

**Perte de profession suite à accident** : capital souhaité EUR

Garantie optionnelle :

**Perte de profession suite à maladie** : capital souhaité EUR

Le questionnaire médical est à compléter.

**Garantie accident seul** : pour tout capital supérieur à 700 000 EUR

**Garantie maladie** : dans tous les cas

## 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 | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 2- De l'appareil respiratoire (bronchites, asthme, tuberculose, pleurésie, emphysème) ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 3- De l'appareil urinaire (reins, vessie, prostate, calculs, albumine, sucre ou sang dans les urines) ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 4- Du cerveau ou du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysie, congestion cérébrale) ?  | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 5- De nature psychiatrique, neuropsychiatrique, ou psychologique (dépression nerveuse, trouble du comportement ou de la personnalité) ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 6- Des os, des articulations (colonne vertébrale, lombalgie, sciatique, arthrite, rhumatismes) ?  | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 7- De l'appareil digestif (estomac, foie, vésicule biliaire, intestins, ulcères, calculs, polypes) ?  | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 8- Des yeux ou des oreilles (diminution d'acuité auditive ou visuelle) ?  | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 9- Tumorale, cancéreuse ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 10- Infectieuse ou virale (autre que les maladies infantiles) ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 11- Autres maladies mentales ou physiques, infirmités ou défauts de constitution non énumérés ci-dessus ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 12- Existe-t-il des antécédents familiaux pour les questions 1 à 11 ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 13- Avez vous suivi au cours de ces 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 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 | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 15- Envisagez-vous ou devez-vous à votre connaissance, être hospitalisé dans les 6 mois à venir ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 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 | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 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 | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 18- Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité civile, militaire ou rente d'accident du travail ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 19- Avez-vous déjà perçu des indemnités suite à un accident, une maladie ou une infirmité ?   | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| 20- Êtes-vous atteint d'une infirmité physique visible ou cachée ?  | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |

## 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.