

RISQUES SPÉCIAUX
FRAIS DE SCOLARITÉ



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

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 :

CARACTÉRISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Affaire Nouvelle

Remplacement

Date d'effet souhaitée :

Échéance annuelle :

Fractionnement :

Annuel

Semestriel

Temporaire

DESCRIPTIF DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom :

Adresse :

N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Nature des études :

Durée des études :

Nombre d'élèves par année d'études :

Nombre total d'élèves :

Y a-t-il des demi-pensionnaires ou pensionnaires ?

OUI NON

Si Oui, précisez combien ?

ANTECEDENTS DU RISQUE

Le Proposant ou l'Assuré ou le Bénéficiaire :

L'établissement scolaire a-t-il déjà été assuré pour ce risque ?

OUI NON

Si oui, par quel assureur ?

N° de contrat :

Motif de résiliation du contrat :

Que le risque ait été assuré ou non, des sinistres (ou des événements qui auraient donné lieu à sinistre) sont-ils survenus au cours des 3 dernières années ?

OUI NON

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

GARANTIE DE BASE : SEUILS D'INTERVENTION CHOISIS

Annulation ou interruption de scolarité :

Suite à accident ou maladie de l'élève, entraînant l'impossibilité de suivre les cours pendant une période consécutive de plus de :

30 jours 60 jours

Redoublement dans le même établissement scolaire :

Suite à accident ou maladie de l'élève, entraînant l'impossibilité de suivre les cours pendant une période consécutive de plus de :

60 jours 90 jours

OPTIONS DE GARANTIES CHOISIES

Décès de l'élève ?

OUI NON

Pour les non salariés, pertes de revenus du répondant financier, suite à :

Liquidation judiciaire de sa propre entreprise ?

OUI NON

Liquidation judiciaire de sa propre entreprise, ou chômage du fait de l'arrêt de son activité professionnelle Unique, pratiquée depuis plus de 3 années consécutives, imposé par des raisons économiques ?

OUI NON

Cours particuliers

Suite à accident ou maladie de l'élève, entraînant l'impossibilité de suivre les cours pendant une période consécutive de plus de :

15 jours 30 jours

Frais supplémentaires de logement :

Suite à mutation professionnelle du répondant financier ?

OUI NON

Souhaitez-vous d'autres garanties ?

OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

MONTANT ET EFFET DES GARANTIES

Coût annuel des études par élève :

EUR

Coût des prestations supplémentaires, s'il y a lieu (préciser la nature : stage, demi-pension, ou pension) :

Type de paiement : trimestriel semestriel annuel

Date de la rentrée scolaire :

Date de la fin de l'année scolaire :

Préciser à quelles dates ont lieu :

Les inscriptions pour la première année :

Le premier paiement :

Les réinscriptions :

Le premier paiement :

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

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.

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.

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 posant**

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, APORTEUR DE L'AFFAIRE