

Questionnaire de santé / questions relatives à la proposition pour

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° de contrat _____

Les réponses à toutes les questions posées doivent être complètes et conformes à la vérité. Si le preneur d'assurance ou la personne assurée a, lors de la conclusion de ce contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, Allianz Suisse est en droit de résilier le contrat. Si le fait important non déclaré ou déclaré inexactement a influencé la survenance ou l'ampleur du sinistre, l'obligation d'Allianz Suisse de servir des prestations pour les dommages déjà survenus s'éteint. Allianz Suisse est en droit de demander le remboursement des frais engagés pour les prestations déjà servies. Cela est également valable pour les réponses écrites par un tiers.

Si certaines conditions ne sont pas remplies, il est interdit de par la loi à l'assureur de demander des résultats d'analyses génétiques qui ont été effectuées avant la naissance ou ceux qui, avant l'apparition de symptômes, ont servi à la constatation d'une prédisposition à la maladie (analyses présymptomatiques). Si les conditions du droit de demander de tels résultats sont remplies, l'instruction se fait par formulaire séparé. C'est pourquoi de tels résultats d'analyses ne doivent pas être mentionnés dans le présent questionnaire. Des résultats communiqués volontairement ne peuvent être utilisés par les assureurs.

Des analyses génétiques effectuées à des fins de diagnostic, autrement dit pour élucider des symptômes de maladie déjà constatables, ne sont pas concernées par la disposition légale et doivent être déclarées.

Déclarations de la personne à assurer :

1. Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'assurances vie, maladie ou accident individuelles ou collectives (y compris prévoyance professionnelle) auprès d'Allianz Suisse ? oui non

Si oui, pour quel type de risques : _____

Somme / prestations : _____

Début : _____ *Durée :* _____

En cas de résiliation, année de résiliation : _____

2. Avez-vous demandé ou souscrit au cours des douze derniers mois une assurance contre des risques tels que : décès, incapacité de gain, maladie ou accident ? oui non

Si oui, auprès de quelle société : _____

Contre quel type de risque : _____

Somme / prestations : _____

Début : _____ *Durée :* _____

En cas de refus ou de subordination à des conditions restrictives, raison indiquée : _____

3. Quels sont votre taille et votre poids ?

Taille en cm : _____ *Poids en kg :* _____

4. Avez-vous des problèmes de santé ou votre capacité de travail est-elle limitée ? oui non

Si oui, quels sont ces problèmes : _____

Quand : _____

Depuis combien de temps : _____

Durée et degré de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse des médecins traitants, notamment du médecin qui connaît le mieux votre état de santé (si vous n'avez consulté aucun médecin, veuillez utiliser la réponse : ' aucun médecin consulté '):

5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections oui non
du **coeur ou des vaisseaux sanguins** tels que : hypertension, troubles circulatoires, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, palpitations, attaque cérébrale, phlébite, varices ou autre ?

Si oui, quels sont ces troubles : _____

Quand : _____

Depuis combien de temps : _____

Durée et degré de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse des médecins traitants : _____

Êtes-vous guéri(e) : _____

6. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections oui non
de l'**appareil locomoteur** (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que : douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou autre ?

Si oui, quels sont ces troubles : _____

Quand : _____

Depuis combien de temps : _____

Durée et degré de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse des médecins traitants : _____

Êtes-vous guéri(e) : _____

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections oui non
du **système nerveux ou du psychisme** tels que : épilepsie, vertiges, paralysies, névrites (p. ex. sclérose en plaques), dépressions, troubles anxieux et/ou état d'épuisements ou autre ? Avez-vous fait une tentative de suicide ?

Si oui, quels sont ces troubles : _____

Quand : _____

Depuis combien de temps : _____

Durée et degré de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse des médecins traitants : _____

Êtes-vous guéri(e) : _____

8. Êtes-vous ou avez-vous été au cours des cinq dernières années sous traitement ou contrôle médical oui non
pour d'autres maladies, accidents, troubles ou douleurs qui n'ont pas encore été évoqués plus haut ?

Si oui, quels sont ces troubles : _____

Quand : _____

Depuis combien de temps : _____

Durée et degré de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse des médecins traitants : _____

Êtes-vous guéri(e) : _____

Informations relatives à la protection des données

Le traitement des données personnelles constitue une étape indispensable des opérations d'assurance. Lors du traitement des données personnelles, nous respectons les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et de son ordonnance. Si nécessaire, nous vous demandons le consentement requis sur la déclaration de sinistre.

Le traitement des données est nécessaire avant la conclusion du contrat afin de pouvoir décider si le contrat pourra être conclu et si oui à quelles conditions. Pendant la durée du contrat, le traitement des données est nécessaire pour la gestion de votre contrat (notamment les décomptes de primes) et pour la déclaration d'un sinistre, afin de s'assurer que seules les prétentions justifiées seront honorées.

Avant la conclusion du contrat et pendant la durée de celui-ci, il peut être nécessaire d'adresser des demandes à des tiers en Suisse et à l'étranger et d'échanger vos données avec ces derniers, afin de procéder à une évaluation des risques (prime conforme au risque), à de plus amples clarifications des faits et en cas de sinistre. Nous traitons avant tout les informations contenues dans la proposition d'assurance et la déclaration de sinistre. Si nécessaire, nous demandons des informations utiles à des tiers (assureurs précédents à propos de la sinistralité antérieure, coassureurs et réassureurs, personnel médical, médecins, services officiels, hôpitaux, assurances sociales, employeur en cas d'assurances collectives). La personne à assurer délègue le personnel médical, les hôpitaux, les médecins et les assureurs de leur secret professionnel envers Allianz Suisse. En cas de recours contre un tiers responsable, les données peuvent être transmises audit tiers responsable ou à son assurance responsabilité civile pour faire valoir le recours. Allianz Suisse s'engage à traiter les informations reçues en toute confidentialité.

Certaines de nos prestations sont confiées à des entreprises juridiquement indépendantes en Suisse et à l'étranger afin de vous offrir une couverture d'assurance complète et d'optimiser les coûts. Il peut s'agir de sociétés du groupe Allianz ou de partenaires de coopération. Dans le cadre de la définition des objectifs du rapport contractuel, nous avons besoin de la transmission de vos données à l'intérieur et à l'extérieur du groupe. En relation avec des optimisations des produits, nous traitons vos données à des fins de marketing internes.

Les intermédiaires sont tenus par contrat de respecter leur devoir de confidentialité particulier ainsi que les dispositions de la LPD. Les courtiers ne peuvent consulter vos données que si vous les avez expressément autorisés en ce sens (mandat de courtier).

Nous conservons vos données conformément aux dispositions légales.

Vous disposez d'un droit d'information ainsi que, dans certaines conditions, d'un droit de rectification, de blocage ou de suppression de vos données enregistrées sous forme électronique ou classées dans le dossier.

Clause de consentement

Le/la soussigné/e confirme en outre comprendre la langue dans laquelle sont rédigés ce formulaire ainsi que les bases qui y sont mentionnées.

Il/elle autorise Allianz Suisse à recueillir auprès de tiers (assureurs précédents à propos de la sinistralité antérieure, coassureurs et réassureurs, personnel médical, médecins, services officiels, hôpitaux, assurances sociales, employeur en cas d'assurances collectives) les renseignements nécessaires à l'examen de la proposition, à l'évaluation des risques et à l'exécution du contrat, et à utiliser ces données dans ces buts ainsi qu'à des fins de marketing internes, conformément aux dispositions précitées relatives à la protection des données.

La présente proposition comprend le nombre de pages indiqué en pied de page. Par votre signature, vous certifiez que, sur toutes les pages du document, toutes vos réponses sont complètes et exactes.

Lieu et Date

Signature de la personne assurée