

Prévoyance professionnelle

Questions de la proposition et questions de santé

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 omis ou inexactement déclaré a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre, Allianz Suisse est libérée de son obligation de servir des prestations pour les sinistres déjà survenus. Allianz Suisse est en droit de demander le remboursement des prestations déjà versées. Cette disposition s'applique également si les réponses aux questions ont été rédigées par un tiers.

Sauf si certaines conditions sont remplies, la loi interdit aux assureurs de demander les résultats d'analyses génétiques effectuées avant la naissance ou qui ont servi à déterminer

une prédisposition à la maladie avant l'apparition des symptômes (analyses présymptomatiques). Si les conditions donnant droit à de telles demandes sont remplies, les clarifications sont effectuées au moyen d'un formulaire séparé. C'est pourquoi de tels résultats d'analyses ne doivent pas être mentionnés dans le présent questionnaire. Les résultats communiqués volontairement ne peuvent pas être utilisés par les assureurs.

Les analyses génétiques effectuées à des fins de diagnostic, c'est-à-dire en vue de clarifier des symptômes de maladie déjà constatables, ne sont pas concernées par la disposition légale et doivent être déclarées.

Données personnelles

Nom	Prénom
Date de naissance	N° de contrat

Déclaration de la personne à assurer

1. Êtes-vous ou avez-vous été titulaire d'assurances vie, maladie ou accidents 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 conclu 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 du **cœur ou des vaisseaux sanguins** tels que: hypertension, troubles circulatoires, infarctus du myocarde, malformation ou insuffisance cardiaque, palpitations, attaque cérébrale, phlébite, varices ou autres?

Oui Non

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 de l'**appareil locomoteur** (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que: douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme ou autres?

Oui Non

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 du **système nerveux ou du psychisme** tels que: épilepsie, vertiges, paralysies, névrites (p. ex. sclérose en plaques), dépressions, troubles anxieux et/ou états d'épuisement ou autres? Avez-vous fait une tentative de suicide?

Oui Non

Si oui, quels sont ces troubles?

Quand?	Depuis combien de temps?	Durée et degré de l'incapacité de travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 pour d'autres maladies, accidents, troubles ou douleurs qui n'ont pas encore été évoqués plus haut?

Oui Non

Si oui, quels sont ces troubles?

Quand?	Depuis combien de temps?	Durée et degré de l'incapacité de travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom et adresse des médecins traitants

Êtes-vous guéri(e)?

Informations relatives à la protection des données

Le traitement des données personnelles constitue une base indispensable des affaires 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 celui-ci 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, assureurs sociaux, employeurs 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 civilement responsable, les données peuvent être transmises audit tiers responsable ou à son assureur 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 sommes amenés à transmettre 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 d'effacement 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, assureurs sociaux, employeurs 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.

Vous trouverez de plus amples informations, y compris sur d'autres utilisations et destinataires de vos données et sur vos droits dans notre déclaration relative à la protection des données sur allianz.ch/protection-des-donnees.



Consentement

Lieu et date

Signature de la personne assurée