



Questionnaire complémentaire maladie collective

A remettre, rempli par l'intéressé(e), à l'employeur pour transmission à l'assureur.

Personne à assurer

Nom _____
(ou personne assurée)

Prénom _____

Profession _____

Date de naissance _____
(jour, mois, année)

Employeur

Employeur _____
(ou preneur d'assurance)

Contrat n° 14.40.853 (ABGe)

Assuré(e) n° _____

Une réponse détaillée, complète et exacte doit être donnée à toutes les questions posées. Toute omission ou inexactitude donne à la Zurich le droit d'exclure l'intéressé(e) de l'assurance. En outre la Zurich est libérée de son obligation relative aux dommages déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue d'un événement assuré (art. 6 LCA). Il (Elle) est entièrement responsable des réponses données même si le conseiller d'assurance ou une personne tierce remplit le questionnaire à sa place.

État de santé

	oui	non
1. Êtes-vous actuellement malade ou incapable de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suivez-vous un traitement médical ou êtes-vous suivi par un médecin ou tout autre thérapeute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consommez-vous de la drogue, des médicaments, des tranquillisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous dû, pour raison de santé, interrompre votre activité pour une durée dépassant 30 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà subi des accidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Subsiste-t-il des suites d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vos facultés mentales ou physiques sont-elles restreintes par une infirmité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous subi une opération ou avez-vous été en traitement dans un hôpital, un sanatorium, une clinique psychiatrique ou un établissement thermal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Consultez-vous ou avez-vous consulté :		
a) un physiothérapeute, un chiropraticien ou un autre spécialiste d'une profession paramédicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un psychothérapeute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Souffrez-vous ou avez-vous souffert :		
a) d'asthme, bronchite chronique, pneumonie, pleurésie, tuberculose ou d'autres maladies des organes respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de palpitations, angine de poitrine, souffle cardiaque, pression artérielle élevée, phlébite, varices ou d'autres maladies de l'appareil circulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de maux de tête, insomnies, vertiges, nervosité, anxiété, épilepsie, paralysie, troubles psychiques, dépressions nerveuses ou d'autres maladies du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) de troubles de l'estomac ou des intestins, ulcères, maladies du foie, hépatite ou d'autres maladies de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) de maladies des oreilles, maladies des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) de maladies des os ou des articulations ? Rhumatismes, arthrose, séquelle d'accidents, affections de la colonne vertébrale, maux de dos, lumbago, sciatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) de maladies de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) d'affections des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clause de consentement selon la loi sur la protection des données

La personne soussignée autorise la Zurich à traiter les données issues de la documentation contractuelle ou de l'exécution du contrat. Cette autorisation porte en particulier sur la conservation physique ou électronique des données ainsi que sur l'utilisation des données pour la détermination de la prime, l'appréciation des risques, le traitement des cas d'assurance, les évaluations statistiques et à des fins de marketing. Dans la mesure nécessaire, la Zurich peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat en Suisse ou à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, ainsi qu'aux sociétés suisses ou étrangères de Zurich Financial Services (ZFS). En cas de soupçon de délit contre le patrimoine ou de faux dans les titres et dans les cas où la Zurich se départit du contrat en raison d'une prétention frauduleuse (art. 40 LCA), une déclaration peut être effectuée à l'Association Suisse d'Assurances (ASA) en vue d'une inscription dans le système d'information central (ZIS).

Lorsqu'un courtier ou un intermédiaire agit au nom et pour le compte du preneur d'assurance, la Zurich est autorisée à lui transmettre toutes les données relatives par exemple à l'exécution du contrat, à l'encaissement et aux cas d'assurance à l'exception des données médicales.

La Zurich est en outre autorisée à recueillir des renseignements auprès d'autorités et de tiers, notamment à propos de la conclusion et de la gestion du contrat ou dans le cadre d'un éventuel cas d'assurance. La personne à assurer autorise notamment par sa signature les médecins traitants, les établissements hospitaliers et d'autres tiers désignés à donner à la Zurich ou à son service médical tous les renseignements disponibles en relation avec la proposition d'assurance et nécessaires à la gestion du contrat ; pour ce faire, elle les libère expressément du secret professionnel. Cette autorisation s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. La personne soussignée a le droit d'exiger les renseignements prévus par la loi sur le traitement des données la concernant.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer / de l'assuré(e)
