

Comment remplir la proposition d'assurance ?

Nos conseillers sont à votre disposition au

pour vous aider à remplir cette proposition d'assurance.

Pour une appréciation personnalisée de votre demande d'assurance et pour une réponse dans les meilleurs délais, merci de nous faire parvenir un dossier complet :

- Les 2 pages de la proposition d'assurance décès complétée, datée et signée.
- Les formalités médicales nécessaires à une étude sur-mesure de votre dossier. Elles sont définies dans le Tableau des Formalités : compléter et signer les formulaires appropriés, joindre les justificatifs médicaux demandés, le cas échéant joindre les notes d'honoraires.
- L'autorisation de prélèvement automatique complétée et signée pour les paiements par prélèvement (obligatoire pour les paiements mensuels et trimestriels).
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne pour les prélèvements automatiques.
- Le Rapport Moral et Financier, complété et signé pour les capitaux supérieurs à 1 000 000 €. Pour les capitaux supérieurs à 2 000 000 €, joindre en plus impérativement les justificatifs financiers.

Des formalités médicales à effectuer ?

Pour un traitement plus rapide de votre dossier, rendez-vous chez un de nos centres médicaux partenaires présents dans toute la France :

| | |
|--|---|
| CBSA (Centre Bilans de Santé Assurance) | 0 825 332 932 (prix appel local 0,15 € ^{TTC} /min) |
| ARM (Analyse du Risque Médical) | 0 810 725 000 (prix appel local 0,15 € ^{TTC} /min) |
| ABSYL France | 0 241 877 308 |
| ABCOS Santé | 0 821 020 101 (prix appel local 0,15 € ^{TTC} /min) |

- Rapide** : Vous obtenez un rendez-vous sous 48 h et vous passez tous vos examens lors d'une visite unique,
- Simple** : Vous n'avez pas de frais à avancer,
- Efficace** : Les résultats sont transmis directement à Alico dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Renvoyez l'ensemble de votre dossier à :

Alico S.A. - DIP - à l'attention du Médecin Conseil
34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 Paris La Défense Cedex

Tableau des formalités

Les formalités sont indispensables pour permettre l'appréciation du risque par l'assureur. Elles dépendent, pour chaque personne à assurer, de son âge et du capital qu'elle souhaite assurer.

Le montant du capital à prendre en compte pour les formalités médicales est égal au Capital total (€) X Quotité assurée (%)

IMPORTANT :

- Dans tous les cas, les déclarations ou questionnaires de santé doivent être remplis et signés par la personne à assurer.
- Si une visite médicale est exigée, le médecin doit compléter et signer l'examen médical.

| Capital à assurer par personne | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Âge | 5 000 € à 30 000 € | 30 001 € à 150 000 € | 150 001 € à 250 000 € | 250 001 € à 300 000 € | 300 001 € à 500 000 € | 500 001 € à 1 000 000 € | 1 000 001 € à 2 000 000 € | 2 000 001 € à 3 500 000 € | 3 500 001 € à 20 000 000 € |
| 45 ans ou moins | DS | | | QSS | 2 | 5 | 7 | 9 | |
| De 46 ans à 55 ans | DS | | QSS | 1 | 3 | 8 | | 9 | |
| De 56 ans à 65 ans | DS | | QSS | 1 | 4 | | 8 | | 9 |
| De 66 ans à 80 ans | DS | | QS | 4 | | 6 | | 10 | |
| Formalités financières | | | | | | | | | |

| | | |
|------------|---|-------------------------------------|
| DS | Déclaration de Santé (DS) | } Durée de validité : 4 mois |
| QSS | Questionnaire de Santé Simplifié (QSS) | |
| QS | Questionnaire de Santé (QS) | |
| 1 | Questionnaire de Santé (QS) + Examen Médical (EM) | |
| 2 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) | |
| 3 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) | |
| 4 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste. | |
| 5 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) | |
| 6 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste. | |
| 7 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste + Examen cytotabactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. | |
| 8 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytotabactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Pour les hommes de + 55 ans : Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) | |
| 9 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytotabactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Echocardiographie avec compte rendu + Mammographie pour les femmes | |
| 10 | Questionnaire de Santé + Examen Médical + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytotabactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) pour les hommes + Mammographie pour les femmes + Echocardiographie avec compte rendu | |

Les frais relatifs aux formalités médicales requises ci-dessus seront remboursés à concurrence des plafonds suivants :

| | |
|--|-------|
| • Visite médicale | 88 € |
| • Examen de sang (1) : Cholestérol total et HDL, HIV 1 et 2 | 53 € |
| • Examen de sang (2) : Hémogramme, CRP, Plaquettes, Glycémie, Triglycérides, Créatinine, Gamma GT, ASAT, ALAT..... | 45 € |
| • Examen de sang (3) : Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'hépatite C (AC anti-VHC) | 106 € |
| • Electrocardiogramme réalisé par un généraliste (tracé + compte rendu) | 50 € |
| • Dosage pondéral de la cotinine urinaire | 31 € |
| • Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet avec compte rendu | 121 € |
| • Examen cytotabactériologique des urines | 21 € |
| • Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (P.S.A.) | 30 € |
| • Mammographie | 67 € |
| • Echocardiographie avec compte rendu | 97 € |

Durée de validité de ces examens : 1 an.

Formalités financières

- > Capital à assurer de 1 000 001 € à 2 000 000 € : Rapport Moral et Financier à compléter par l'assuré.
- > Capital à assurer à partir de 2 000 001 € : Rapport Moral et Financier à compléter par les intervenants et justificatifs financiers à joindre impérativement.

Formalités complémentaires

- > La pratique de certains sports ou certains séjours à l'étranger peut nécessiter de compléter des questionnaires spécifiques, sur demande d'Alico.



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur



Cadre réservé à la Compagnie

Cachet et Signature de l'Intermédiaire

Code Apporteur :

Email :

Personne à assurer

1^{er} Assuré M. Mme Mlle

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Profession actuelle : Secteur d'activité :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Tél mobile : E-mail :

2^{ème} Assuré M. Mme Mlle

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Profession actuelle : Secteur d'activité :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Tél mobile : E-mail :

Souscripteur(s)

Chaque Assuré est souscripteur de son propre contrat 1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

Autre pour le 1^{er} Assuré

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Tél. :

E-mail :

Autre pour le 2^{ème} Assuré

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Tél. :

E-mail :

Caractéristiques de l'emprunt

| | Prêts à assurer (€) | Taux d'intérêt | Durée (ans) | dont différé (ans) | Type | | | Bénéficiaire acceptant / Organisme prêteur Nom et adresse complète |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | | | | Amortissable | In fine | Autre | |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CAPITAL TOTAL = €

Le solde éventuel aux héritiers de l'Assuré(e). Pour un autre bénéficiaire, complétez la clause bénéficiaire de la page suivante.

Descriptif des option(s)

| Formule de Base | Formule Sur-mesure | Pack Avantage |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Décès <i>Souscription jusqu'à 80 ans</i> • Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) <i>Jusqu'à 64 ans inclus</i> | Formule de Base + une ou plusieurs garanties à choisir : <ul style="list-style-type: none"> • Invalidité Permanente et Totale (IPT) : max. 2,5 M€. • Indemnité Journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale (IJ) : Max. 350 €/j ; Franchise au choix : 30 j ou 60 j ou 90 j • Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale (EXO)* : Franchise de 90 j <p style="text-align: right;"><i>Souscription jusqu'à 64 ans</i></p> | Formule de Base + toutes les garanties incluses : <ul style="list-style-type: none"> > Invalidité Permanente et Totale (IPT) : max. 2,5 M€ > Indemnité Journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale (IJ) : Max. 350 €/j ; Franchise de 90 j > Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale (EXO)* : Franchise de 90 j <p style="text-align: right;"><i>Souscription jusqu'à 64 ans</i></p> |

Le détail des garanties est précisé dans les Conditions Générales du contrat. * Ne s'applique pas en cas de paiement en prime unique.





Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur



1^{er} Assuré : NOM et PRÉNOM
2^{ème} Assuré : NOM et PRÉNOM

Caractéristiques de l'assurance

| Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré | Cochez l'option choisie : Voir descriptif des options page 1 | | | Choix des garanties de la Formule Sur-mesure | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------|--|---|------------------------------|
| | Formule de Base | Pack Avantage | Formule sur-mesure | IPT | IJ | EXO* |
| 1 ^{er} Assuré <input type="text"/> % | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui - Franchise : <input type="text"/> 30j <input type="text"/> 60j <input type="text"/> 90j Montant : <input type="text"/> € | <input type="checkbox"/> Oui |
| 2 ^{ème} Assuré <input type="text"/> % | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui - Franchise : <input type="text"/> 30j <input type="text"/> 60j <input type="text"/> 90j Montant : <input type="text"/> € | <input type="checkbox"/> Oui |

* Ne s'applique pas en cas de paiement en prime unique.

Date d'effet souhaitée : / /
Pack avantage : pour les prêts personnalisés, indiquer le montant d'IJ
1^{er} assuré : € 2^{ème} assuré : €

Déclaration Non-fumeur (à signer impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à Le / / X Signature du 1^{er} Assuré
Fait à Le / / X Signature du 2^{ème} Assuré

Prime

| | FRACTIONNEMENT Pour les capitaux assurés à partir de 15 000 € ⁽²⁾ jusqu'à 65 ans. | | | | PRIME UNIQUE ⁽¹⁾ Pour les capitaux de 5 000 € à 300 000 € | MODE DE PAIEMENT | |
|-------------------------|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| | Annuel | Semestriel | Trimestriel ⁽¹⁾ | Mensuel ⁽¹⁾ | | Prélèvement automatique | Chèque à l'ordre d'Alico S.A. |
| 1 ^{er} Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ^{ème} Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frais de fractionnement : Sem. 2% - Trim. 3% - Mens. 4% ⁽¹⁾ Prélèvement automatique obligatoire - ⁽²⁾ A partir de 7 500 € pour les plus de 65 ans
N'oubliez pas de joindre un RIB par souscripteur, sinon les primes des 2 assurés seront prélevées sur le même compte.

Clauses Bénéficiaire(s) Super Novaterm Crédit

CLAUDE NANTISSEMENT - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Nantissement au profit de l'organisme prêteur (Précisez le nom et l'adresse) :

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

CLAUDE SÉQUESTRE - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Les sommes exigibles seront versées entre les mains du Notaire (Précisez le nom et l'adresse) :

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

AUTRE : (Précisez le nom et l'adresse)

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

Garantie Protection Immédiate Accident

| Choisissez votre option | PRIME MENSUELLE ⁽¹⁾ | | Clause type ⁽²⁾ | BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel | |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|
| | 5 € | 10 € | | Les bénéficiaires de mon choix (NOM, Prénom, Date de naissance) | |
| 1 ^{er} Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 ^{ème} Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Age de l'assuré | Capital assuré | | ⁽¹⁾ Prélèvement automatique uniquement | | |
| 18 à 44 ans | 45 000 € | 90 000 € | ⁽²⁾ Clause type : Le conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé, à défaut, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut, les héritiers de l'assuré. | | |
| 45 à 59 ans | 30 000 € | 60 000 € | Souscription jusqu'à 64 ans inclus | | |
| A partir de 60 ans | 20 000 € | 40 000 € | | | |

Souscription

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC09) et de la Notice d'Information (réf. NISNC09), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation. Je déclare en outre exacts les renseignements mentionnés dans cette proposition d'assurance et dans la déclaration de santé ou le questionnaire de santé qui la complète. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L.113-8 du Code des Assurances). Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 11 des Conditions Générales jointes, le contrat d'assurance n'a d'existence et d'effet qu'après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties et l'encaissement de la première prime par Alico S.A.. Dans le cadre d'une souscription pour 2 assurés, deux contrats individuels distincts seront émis.

OUI, je souhaite bénéficier de la garantie Protection Immédiate Accident et déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT03), et de la Notice d'Information (réf. NIKAMT03), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation. Cette garantie prend effet à la date d'enregistrement par Alico S.A. de la demande de souscription dûment complétée et signée.

Fait à Le / / X OBLIGATOIRE Signature du 1^{er} Assuré
X Signature du souscripteur (si différent du 1^{er} Assuré) et cachet pour les entreprises
Fait à Le / / X OBLIGATOIRE Signature du 2^{ème} Assuré
X Signature du souscripteur (si différent du 2^{ème} Assuré) et cachet pour les entreprises

Page 2/2

SUPER NOVATERM CRÉDIT

Conditions Générales Référence : CGSNC09

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM CREDIT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat d'assurance individuel Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurances Alico S.A.. Il a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (garantie de base) survenu pendant la période de validité des garanties. Les garanties complémentaires, Invalidité Permanente et Totale, Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale, s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Le contrat est constitué des Conditions Générales et des Conditions Particulières s'y rattachant.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des Articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.

Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses Bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure **et survenue pendant la période de validité des garanties.**
La rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des Accidents.

Assuré : Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur : La Compagnie d'assurance Alico S.A. entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme de droit français, au capital de 45 734 705 €, immatriculée au R.C.S. Nanterre sous le numéro B 722 092 368, avec siège social situé au : 34, place des Corolles - 92400 Courbevoie.

Bénéficiaire : Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur. Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat. Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.

En l'absence de désignation d'un Bénéficiaire ou en cas de décès de l'ensemble des Bénéficiaires désignés, les capitaux garantis seront versés au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, à défaut aux enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré.

Lorsque le Bénéficiaire en cas de décès est nommément désigné, le Souscripteur est invité à porter dans la proposition d'assurance les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. Le Souscripteur peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, la substitution de Bénéficiaires requérant l'accord de l'Assuré s'il n'est pas le Souscripteur. La désignation si elle n'a pas été faite dans le contrat, et la substitution du ou des Bénéficiaires, peuvent être effectuées soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités de l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le Souscripteur et seul le Souscripteur est libre de révoquer le Bénéficiaire. Tant que l'Assuré et le Souscripteur sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, du Souscripteur et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Souscripteur et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. En cas d'acceptation, l'accord du Bénéficiaire ayant accepté devient obligatoire lorsque le Souscripteur souhaite apporter une modification au contrat ou désigner un autre Bénéficiaire.

Franchise : Période non indemnisée par l'Assureur.

Incapacité Temporaire Totale :

Incapacité médicalement reconnue **avant l'âge de 65 ans**, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Permanente et Totale :

Invalidité physique ou mentale **consolidée avant l'âge de 65 ans** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'incapacité définitive d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) également appelée Invalidité Absolue et Définitive :

Invalidité physique ou mentale **reconnue avant l'âge de 65 ans** mettant l'Assuré dans l'incapacité définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une

tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (assimilable à la 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscripteur : Personne qui souscrit le contrat et qui s'engage à payer les primes.

Article 3 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat. **Tout état d'invalidité ou d'incapacité de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.**

II - GARANTIE DE BASE : DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 4 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'Assuré **survenu pendant la période de validité du contrat**, l'Assureur verse au Bénéficiaire le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré **constatée pendant la période de validité de la garantie**, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne peuvent se cumuler.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reviendra à l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital assuré et, pour le surplus éventuel, aux héritiers de l'Assuré en cas de décès et à l'Assuré lui-même en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 5 - TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS / NON-FUMEURS

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré remplissant les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit signer la déclaration non-fumeur.

Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date de signature de cette déclaration et pour autant qu'elles n'aient pas cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.

Article 6 - EXCLUSIONS - GARANTIE DE BASE

SAUF CONVENTION CONTRAIRE INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, L'ASSUREUR GARANTIT LES RISQUES DE DÉCÈS ET DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS :

- **LE SUICIDE SURVENANT MOINS D'UN AN APRÈS LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT. EN CAS D'AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT, LE SUICIDE EST ÉGALEMENT EXCLU, POUR LES MAJORATIONS, AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA PRISE D'EFFET DE CETTE AUGMENTATION ;**
- **LA TENTATIVE DE SUICIDE ;**
- **LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE ;**
- **L'ACCIDENT DE NAVIGATION AÉRIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITÉ DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES RÉGULIÈRES OU « CHARTER » DUMENT AGRÉÉS POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NÉCESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT À DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;**
- **LES CONSÉQUENCES DE MALADIES, D'ACCIDENTS OU DE MUTILATIONS, RELEVANT DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE ;**
- **TOUTES LES CONSÉQUENCES D'ACTIVITÉS TOMBANT SOUS LE COUP DES SANCTIONS PRÉVUES PAR LE CODE PÉNAL,**
- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMLOTS, DE GRÈVES, DE RIXES (sauf cas de légitime défense) ;**
- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ ;**
- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET NON DÉCLARÉS LORS DE LA SOUSCRIPTION ;**
- **LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE.**

HORMIS ACCEPTATION INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, APRÈS ÉTUDE DU DOSSIER PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :

- **SÉCURITÉ OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DÉFENSE,**
- **TRAVAIL EN HAUTEUR À PLUS DE QUATRE MÈTRES DU SOL OU SUR PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,**
- **DESCENTE EN PUIITS, MINES OU CARRIÈRES, EN GALERIES,**
- **ENTRAÎNANT UNE EXPOSITION À DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).**

III - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 7 - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré **constatée pendant la période de validité de la garantie**, l'Assureur paiera le capital indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier, dès la

consolidation de l'Invalidité.

La preuve de l'Invalidité incombe à l'Assuré, lequel est tenu de déclarer la survenance d'un cas d'Invalidité et de faire parvenir à l'Assureur un certificat détaillé du médecin traitant.

Lorsque l'Assuré est assuré social, il doit avoir obtenu le bénéfice d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieure ou égal à 66% ou être classé parmi les invalides de 2^{ème} catégorie par cet organisme.

Toutefois, la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité Sociale n'entraîne pas à elle seule le déclenchement de la prestation par l'Assureur qui reste libre de sa décision.

L'éligibilité au bénéfice de la garantie Invalidité Permanente et Totale doit être constatée et appréciée par le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur qui pourra contrôler à tout moment auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux de la garantie de base et de la garantie Invalidité Permanente et Totale ne peuvent se cumuler.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas d'Invalidité Permanente et Totale reviendra à l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital assuré et, pour le surplus éventuel, à l'Assuré lui-même.

Article 8 - INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré **avant l'âge de 65 ans** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (**à l'exclusion de toute activité exercée en temps partiel thérapeutique**), et tant que le contrat est en vigueur, l'Assureur verse les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin de la période de Franchise indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale médicalement justifiée, **au plus pendant 36 mois et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.**

Le versement des indemnités journalières est interrompu dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail reviendra à l'Assuré.

Article 9 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré **avant l'âge de 65 ans** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (**à l'exclusion de toute activité exercée en temps partiel thérapeutique**), l'Assureur remboursera les primes d'assurance réglées au prorata temporis de la période d'incapacité de travail à compter de la fin de la période de franchise de 90 jours.

Cette exonération du paiement des primes dure tant que l'Assuré est en état d'incapacité complète d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, **au plus pendant 36 mois et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.**

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et remboursera les primes d'assurance réglées dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Bénéficiaire

Le remboursement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail se fera au Souscripteur.

Cette garantie est sans objet lorsque le Souscripteur choisit le paiement par prime unique.

Article 10 - EXCLUSIONS - GARANTIES COMPLEMENTAIRES

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale, les indemnités journalières et l'exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale si ces garanties ont été souscrites et figurent aux Conditions Particulières, sous réserve des exclusions énumérées à l'article 6 et des exclusions énumérées ci-après :

10.1 - SONT TOUJOURS EXCLUS LES CAS SUIVANTS, LEURS SUITES ET CONSÉQUENCES :

- LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ EFFECTUE DES PÉRIODES MILITAIRES OU DES EXERCICES DE PRÉPARATION MILITAIRE OU EN RÉSULTANT ;
- LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR L'ASSURÉ EN ÉTAT D'IVRESSE CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI FIXÉ PAR LA LOI RÉGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE FRANÇAISE AU MOMENT DU SINISTRE, L'ALCOOLISME DE L'ASSURÉ, L'USAGE PAR L'ASSURÉ DE STUPÉFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS À DOSES NON PRESCRITES MÉDICALEMENT ;
- LES MALADIES OU ACCIDENTS RÉSULTANT D'UNE AFFECTION PSYCHIQUE, NÉVROSE, PSYCHOSE, TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ, TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE OU ÉTAT DÉPRESSIF, sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de 30 jours en milieu psychiatrique ou en hôpital spécialisé ;
- LES REPOS PRÉ ET POST-NATALS, LES GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS NORMAUX ET LEURS SUITES. (LES REPOS PRÉ ET POST-NATALS ÉTANT DÉFINIS SELON LA LÉGISLATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN VIGUEUR AU JOUR DE LA SURVENANCE DE L'ÉVÈNEMENT) ;
- LES ATTEINTES DISCALES ET/OU VERTÉBRALES sauf si elles nécessitent une hospitalisation d'au moins 7 jours ou s'il s'agit d'une fracture ;
- LES ACCIDENTS RÉSULTANT DU NON-RESPECT PAR L'ASSURÉ DES PRESCRIPTIONS RÉGLEMENTAIRES APPLICABLES À L'EXERCICE DES SPORTS ET ACTIVITÉS QU'IL PRATIQUE.

10.2 - EN OUTRE, SONT ÉGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES SPORTS OU ACTIVITÉS SUIVANTS :

- TOUT SPORT À TITRE PROFESSIONNEL ;
- TOUTE PARTICIPATION À DES PARIS, TENTATIVES DE RECORDS ;

- **SPORTS EXTRÊMES : RAID AVENTURE ; SAUT À L'ÉLASTIQUE ; BASE JUMP ; CANYONING ; RAFTING ; ZORBING ; EXERCICES ACROBATIQUES ;**
- **MOTO EN COMPÉTITION ; TOUT SPORT AUTOMOBILE ;**
- **TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE (sauf patinage, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monoski et surf) ;**
- **TOUT SPORT DE COMBAT ; ARTS MARTIAUX ;**
- **MOTONAUTISME ; PLANCHE À VOILE À PLUS DE 1 MILE DES CÔTES ; YACHTING ; PLONGÉE SOUS-MARINE ;**
- **ALPINISME ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SPÉLÉOLOGIE ; RANDONNÉE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE OU AU-DELA DE 3000 MÈTRES ;**
- **ÉQUITATION EN COMPÉTITION ; COURSES DE CHEVAUX ; ÉQUITATION AVEC SAUTS D'OBSTACLE ; CHASSE À COURRE ; POLO ;**
- **TOUT SPORT AÉRIEN Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE VOL À VOILE, LA VOLTIGE AÉRIENNE, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; L'UTILISATION AVEC OU SANS CONDUITE D'UN AVION DE TOURISME ;**
- **TAUROMACHIE ; CYCLISME EN COMPÉTITION.**

Toutefois, à la demande du Souscripteur, les sports ou activités mentionnés à l'article 10.2 peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale.

IV - LA VIE DU CONTRAT

Article 11 - GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL

Sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre de prêt faisant l'objet de cette demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, à hauteur du capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, dans la limite d'un montant maximum de 250.000 €.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 250.000 € quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet le lendemain de la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- 15 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur au Souscripteur ou à son mandataire, des Conditions Particulières.

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

La prise d'effet du contrat *Super Novaterm Crédit* entraîne l'annulation de la garantie provisoire décès accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

CETTE GARANTIE EST ACCORDÉE SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNONCÉES À L'ARTICLE 6 DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES ET N'EST VALABLE QUE POUR LES DECES SUITE A DES ACCIDENTS SURVENUS EN EUROPE, AUX ETATS UNIS, AU CANADA, AU JAPON ET EN AUSTRALIE.

Article 12 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 11, l'assurance n'a d'existence et d'effet qu'après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties et l'encaissement de la première prime par l'Assureur. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

Article 13 - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Article 14 - MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Toute modification du crédit, susceptible d'entraîner un changement au contrat est également soumis à accord de l'Assureur et doit nous être déclarée dans un délai maximum de 3 mois.

En cas d'acceptation par l'Assureur, le contrat fera l'objet d'un avenant, signé par l'Assuré, le Souscripteur, le Bénéficiaire acceptant et l'Assureur, indiquant les nouvelles garanties et la nouvelle prime correspondante.

Article 15 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre le paiement d'une prime unique, un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. En cas de fractionnement, l'Assureur applique une majoration pour tenir compte des coûts de gestion supplémentaires. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'organisme prêteur, à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

Alico S.A. - Service Gestion Relation Clientèle - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92 919 Paris La Défense Cedex.

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-20 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

Remboursement anticipé du ou des prêts couverts par le présent contrat

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur dans un délai de 3 mois tout remboursement partiel ou total du ou des prêts couverts par le présent contrat et de fournir un justificatif de l'organisme prêteur nous précisant la date du remboursement.

- En cas de remboursement total, l'Assureur procédera à la résiliation du contrat à effet rétroactif à la date de remboursement total du prêt. L'Assureur remboursera une fraction des primes payées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé.
- En cas de remboursement partiel, l'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt.

En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à 3 mois.

V. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 16 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou les Bénéficiaires doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, en informer l'Assureur, à l'adresse suivante :

Alico S.A.
Service Indemnisations
34, place des Corolles
TSA 22 222
92 919 Paris La Défense Cedex

Pour les garanties Indemnités journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie concernée.

L'Assuré ou les Bénéficiaires (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir à leurs frais, par lettre recommandée, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production (toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'Assureur.

Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 17 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'organisme prêteur et / ou un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

Pour bénéficier des prestations garanties au titre de la garantie provisoire décès accidentel, les Bénéficiaires du contrat devront également transmettre à l'assureur une copie de l'offre de prêt.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 18 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé ainsi que sa date de stabilisation,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'organisme prêteur,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 19 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET / OU DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES PRIMES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, la demande d'indemnités journalières et / ou de remboursement des primes doit être faite dans les délais et conditions mentionnés à l'Article 16.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur.

La demande doit être accompagnée :

- de l'arrêt de travail initial,
- d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail,
- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 21 - DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, dans les 30 jours qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

Alico S.A.
Service Gestion Relation Clientèle
34, place des Corolles
TSA 22 222
92 919 Paris La Défense Cedex

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N° _____
souscrit le ____ / ____ / ____ et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée,
soit _____ €. Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Article 22 - MÉDIATION

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante : Alico S.A. - Service Gestion Relation Clientèle - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92 919 PARIS LA DEFENSE CEDEX. En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande. Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

Article 23 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Loi du 6 Janvier 1978 sur l'informatique et les libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 : Les informations personnelles vous concernant recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à Alico S.A. en tant que responsable du traitement à des fins de gestion du contrat d'assurance et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Ces données à caractère personnel peuvent être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la gestion de votre contrat. Vous pouvez accéder à vos données, les rectifier ou vous opposer à leur traitement pour motif légitime, en adressant une lettre accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité, à l'attention d'Alico S.A. - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92 919 PARIS LA DEFENSE CEDEX, en précisant vos nom, prénom, adresse et votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées ainsi que vos données non sensibles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Article 25 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action liée à l'exécution du contrat ne peut valablement être engagée vous dans un délai de deux ans, à compter de l'événement qui lui a donné naissance.

En cas de décès de l'Assuré, le délai de prescription est porté à 10 ans et commence à courir à compter de la date à laquelle les Bénéficiaires ont été informés du décès de l'Assuré. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance du décès de l'Assuré.

La prescription peut être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, par une action en justice ou par la désignation d'experts (art. L.114-2 du Code des assurances).

Article 26 - ORGANISME DE CONTRÔLE

Alico S.A. est régie par le Code des assurances français et est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Article 27 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

PROTECTION IMMÉDIATE ACCIDENT

Conditions Générales Référence : CGKAMT03

ARTICLE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances. Il est constitué des Conditions Générales et des Conditions Particulières s'y rattachant.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du code précité.

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat dénommé PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est un contrat d'assurance individuelle accident relevant de la branche 1 (Accidents), qui a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de **Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (également appelée Invalidité Absolue et Définitive) de l'Assuré consécutif à un Accident et survenu pendant la période de validité des garanties.**

ARTICLE 3 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré : Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties. Le contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est réservé aux personnes résidant en France métropolitaine âgées de 18 à 64 ans inclus au moment de la souscription.

Assureur : La Compagnie d'assurance Alico S.A. entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme de droit français, au capital de 45 734 705 €, immatriculée au R.C.S. Nanterre sous le numéro B 722 092 368, avec siège social situé au : 34, place des Corolles - 92400 Courbevoie.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale désignée aux Conditions Particulières du contrat qui perçoit le capital versé par l'Assureur. Conformément à l'article L.132-9 du Code des Assurances, en présence d'un Bénéficiaire acceptant, l'accord de ce dernier sera nécessaire pour toute modification du contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) également appelée Invalidité Absolue et Définitive :
Invalidité physique ou mentale consécutive à un Accident, constatée avant l'âge de 65 ans, mettant l'Assuré dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (assimilable à la 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Souscripteur : Personne physique ou morale qui paie les primes.

ARTICLE 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) à l'article 6 « Exclusions » des présentes Conditions Générales. A l'étranger, les garanties sont acquises pour des séjours d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.

Tout état d'invalidité de l'Assuré à la suite d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement du capital.

ARTICLE 5 - LES GARANTIES

En cas de Décès de l'Assuré des suites directes d'un Accident, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 2 ans qui suivent la date de survenance de l'Accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré consécutive à un Accident et constatée dans un délai de 2 ans suivant la survenance de l'Accident, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès. Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice du capital reviendra à l'Assuré lui-même.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse automatiquement au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

Aucun Accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

SAUF CONVENTION CONTRAIRE INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, L'ASSUREUR GARANTIT LES RISQUES DE DÉCÈS ET DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS :

- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES,
- LES CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RELEVANT DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE,
- TOUTES LES CONSÉQUENCES D'ACTIVITÉS TOMBANT SOUS LE COUP DES SANCTIONS PRÉVUES PAR LE CODE PÉNAL,
- LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE,
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMLOTS, DE GRÈVES, DE RIXES (sauf cas de légitime défense),
- LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ,
- LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE OU DE SA TENTATIVE, D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE, DE DELIRIUM TREMENS, D'UNE RUPTURE D'ANÉVRISME, DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE, DE L'EMBOLIE CÉRÉBRALE OU DE L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE,
- LES ACCIDENTS, LORS DE LA CONDUITE DE TOUT VÉHICULE, PROVOQUÉS PAR L'ÉTAT ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI FIXÉ PAR LA LOI RÉGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE FRANÇAISE AU MOMENT DU SINISTRE, L'USAGE DE STUPÉFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITÉ MÉDICALE HABILITÉE.
L'ASSUREUR N'AURA PAS À APPORTER LA PREUVE DE L'EXISTENCE D'UN LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE L'ÉTAT DE L'ASSURÉ ET L'ACCIDENT.
- L'ACCIDENT DE NAVIGATION AÉRIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITÉ DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES RÉGULIÈRES OU « CHARTER » DUMENT AGRÉÉS POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NÉCESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT À DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;
- LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES SPORTS OU ACTIVITÉS SUIVANTS : SPÉLÉOLOGIE ; PLONGÉE SOUS-MARINE ; MOTONAUTISME ; SPORTS AÉRIENS Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; SAUT À L'ÉLASTIQUE ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SKELETON ; EXERCICES ACROBATIQUES,
- TOUTE PRATIQUE D'UN SPORT À TITRE PROFESSIONNEL, TOUTE PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS, MATCHES, CONCOURS, PARIS ET RECORDS ; TOUTE PARTICIPATION À UNE COURSE AMATEUR NÉCESSITANT L'UTILISATION D'UN ENGIN À MOTEUR TERRESTRE OU AQUATIQUE, AINSI QUE L'UTILISATION, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN AVION DE TOURISME ;
- LES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'UTILISATION PAR L'ASSURÉ, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN VÉLOMOTEUR OU D'UNE MOTOCYCLETTE, À 2 OU PLUS DE 2 ROUES, D'UNE CYLINDRÉE SUPÉRIEURE À 80CM³.

SONT ÉGALEMENT EXCLUS :

- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ EFFECTUE DES PÉRIODES MILITAIRES OU DES EXERCICES DE PRÉPARATION MILITAIRE OU EN RÉSULTANT ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE SÉJOURS POUR DES RAISONS PROFESSIONNELLES, HORS D'EUROPE (UNION EUROPÉENNE, ASSOCIATION EUROPÉENNE DE LIBRE ECHANGE), AMÉRIQUE DU NORD, JAPON, AUSTRALIE, NOUVELLE-ZÉLANDE, HONG-KONG, SINGAPOUR ;
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :
 - SÉCURITÉ OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DÉFENSE,
 - ENTRAÎNANT LA PARTICIPATION À DES CHANTIERS DE CONSTRUCTION, DESTRUCTION, PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,
 - ENTRAÎNANT UNE EXPOSITION À DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).

ARTICLE 7 - LA VIE DU CONTRAT

1. Effet et durée des garanties

Le contrat prend effet dès l'enregistrement par l'Assureur de la demande de souscription, dûment complétée et signée. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières. Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Sauf dispositions contraires stipulées aux Conditions Particulières, le contrat est établi **pour une durée d'un an** à compter de la date d'effet et se renouvelle ensuite tacitement à chaque échéance annuelle.

2. Résiliation du contrat

Par le Souscripteur :

Le Souscripteur peut, s'il le souhaite, mettre fin au contrat à tout moment, en avisant l'Assureur par lettre recommandée, la résiliation prenant effet au terme de la période de garantie précédemment payée.

Il peut également mettre fin au contrat en cas de majoration tarifaire (cf. article 7.4 Primes), à l'échéance annuelle, dans les 30 jours qui suivent sa notification par l'Assureur.

Par l'Assureur :

L'Assureur peut résilier le contrat :

- à échéance annuelle moyennant une lettre recommandée adressée dans un délai d'au moins 60 jours avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi,
- en cas de non-paiement des primes aux échéances prévues (cf. article 7.4 Primes).

De plein droit :

- en cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

3. Cessation du contrat

Outre les possibilités de résiliation prévues par ailleurs au contrat par l'une ou l'autre des parties, **le contrat cesse automatiquement et sans autre avis à l'échéance annuelle qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré** ainsi qu'en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

4. Primes

L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement des primes aux échéances prévues.

Les primes d'assurance sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie par le Souscripteur. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

La prime et sa périodicité de règlement sont fixées contractuellement et reportées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Nous nous engageons à ne pas augmenter les primes à titre individuel. Si nous étions amenés à augmenter le tarif de base pour ce contrat, le Souscripteur serait avisé de cette révision au moins 2 mois avant l'échéance annuelle et elle porterait sur l'ensemble des Assurés ayant souscrit un contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT au tarif faisant l'objet de la révision.

Défaut de paiement des primes

A défaut de règlement dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée de mise en demeure, adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre (Art. L 113-3 du Code des Assurances).

La suspension de garantie pour non-paiement de la prime ou d'une fraction de prime, signifie que l'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un sinistre surviendrait durant cette période de suspension.

La suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période d'assurance considérée relative à la prime impayée. La suspension de garantie ne dispense pas le Souscripteur de l'obligation de payer la prime annuelle de son contrat.

Dans le cas où la prime est fractionnée, le non-paiement d'une fraction de prime à l'échéance peut entraîner l'annulation du fractionnement et l'exigibilité, par lettre recommandée adressée au Souscripteur, de la totalité des fractions dues au titre de l'année en cours.

L'Assureur peut résilier le contrat dix jours après la suspension si aucun règlement n'est intervenu en le notifiant au Souscripteur dans la mise en demeure ou par une nouvelle lettre recommandée.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure (Art. L.113-3 du Code des Assurances) et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement auront été payés à l'Assureur.

5. Changement de domicile

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées adressées par l'Assureur à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 8 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

1. Déclaration du sinistre

Tout sinistre de nature à entraîner la mise en jeu des garanties du contrat doit être déclaré obligatoirement dans les 30 jours suivant sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, à :

Alico S.A.
Service Indemnisations
34, place des Corolles
TSA 22 222
92 919 Paris La Défense Cedex

L'assuré ou les Bénéficiaires doivent également fournir à leurs frais, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-dessous ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

En cas d'emploi intentionnel de documents inexacts ou de moyens frauduleux, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire seront entièrement déchus de tous droits à indemnités. Il en sera de même en cas de réticence dans la déclaration du sinistre, tendant à exagérer ou à dénaturer les suites de l'Accident, à en déguiser les causes ou à en prolonger les conséquences.

2. Pièces à fournir

Dans tous les cas, l'Assureur aura besoin des pièces suivantes pour établir le dossier :

- Un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'Accident
- Les originaux des Conditions Générales, des Conditions Particulières et des avenants éventuels.

En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès ou bulletin de décès de l'Assuré,
- Un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- Un extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire, datant de moins de 3 mois,
- Un certificat Post Mortem rempli par le médecin traitant et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical détaillé établissant la nature et la cause de l'invalidité,
- Les rapports d'expertise médicale ou judiciaire,
- La notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- Le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Par ailleurs, l'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin qu'il aura désigné. Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

L'ensemble des réclamations se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même sinistre. Le paiement du capital est définitif et décharge l'Assureur de tout recours ultérieur se rapportant au sinistre ou à ses suites. De plus, le paiement du capital auquel le Bénéficiaire a droit, met automatiquement fin au contrat.

ARTICLE 9 - DISPOSITIONS DIVERSES

1. Souscriptions multiples

En aucun cas, il ne peut être souscrit plusieurs fois au contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT pour le même Assuré. Si cela était, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à la première souscription.

2. Arbitrage et litige

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant le Tribunal de Grande Instance de la République française territorialement compétent et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

3. Médiation

En cas de réponse non satisfaisante d'Alico S.A. à une réclamation de l'une des parties prenantes au contrat, celle-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ses coordonnées sont communiquées par Alico S.A. sur simple demande.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

4. Loi applicable et juridiction

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

5. Prescription

Les dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances s'appliquent au contrat.

6. Informatique et libertés

Loi du 6 Janvier 1978 sur l'informatique et les libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 : Les informations personnelles vous concernant recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à Alico S.A. en tant que responsable du traitement à des fins de gestion du contrat d'assurance et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Ces données à caractère personnel peuvent être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la gestion de votre contrat. Vous pouvez accéder à vos données, les rectifier ou vous opposer à leur traitement pour motif légitime, en adressant une lettre accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité, à l'attention d'Alico S.A. - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92 919 PARIS LA DEFENSE CEDEX, en précisant vos nom, prénom, adresse et votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées ainsi que vos données non sensibles non sensibles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Déclaration de santé (DS)



À compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les assurés âgés de :

- 45 ans ou moins, s'assurant pour un capital compris entre 5 000 € et 250 000 €
- 46 ans à 55 ans, s'assurant pour un capital compris entre 5 000 € et 150 000 €
- 56 à 80 ans, s'assurant pour un capital compris entre 5 000 € et 30 000 €

1^{er} Assuré

NOM :

Prénom :

2^{ème} Assuré

NOM :

Prénom :

Je soussigné(e) déclare :

- 1 Ne pas être atteint, à ma connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit et ne pas suivre de traitement ou ne pas être en cours d'investigations ou de surveillance médicale.
- 2 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pendant plus de 21 jours consécutifs.
- 3 Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé ou subir des examens ou un bilan médical à visée diagnostique.
- 4 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, hospitalisé pour une intervention chirurgicale (à l'exclusion des végétations, des amygdales, de l'appendice, des hémorroïdes, de la cloison nasale, des varices), ou pour un bilan médical, un traitement, des examens.
- 5 Ne pas être en incapacité de travail totale ou partielle ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'arrêt pour maternité).
- 6 Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 (SIDA) qui se soit révélé positif.
- 7 Ne pas devoir séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE / AELE), Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour, Japon.
- 8 Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120.

Fait à ,

le , ,

Fait à ,

le , ,

Signature du 1^{er} Assuré

X

Signature du 2^{ème} Assuré

X

Notez bien : Si l'un des assurés ne peut pas signer cette déclaration, jusqu'à 65 ans il doit systématiquement remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ ci-joint. À partir de 66 ans, l'assuré doit remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ. Le cas échéant, des formalités complémentaires pourront lui être demandées ensuite par Alico S.A..

Si vous souhaitez être couvert pour les sports exclus, merci de compléter le questionnaire sportif approprié (disponible auprès de votre intermédiaire).

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour Alico S.A. entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : Alico S.A. - DIP - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)



N° de Police :

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

| | | | |
|----|---|---|-------------------------------|
| 1 | a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/> | | |
| | b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <input type="text"/> | | |
| | | NON | OUI |
| | | Si OUI, merci de préciser impérativement : | |
| 2 | a / Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motif de la restriction : <input type="text"/> | |
| | b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Total des montants en cours assurés : <input type="text"/> € Date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |
| 3 | a / Sports pratiqués ? (y compris aviation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Lesquels ? <input type="text"/> But : <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tourisme, loisirs Où (pays, villes) ? <input type="text"/> Fréquence : <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> occasionnelle Quand : <input type="checkbox"/> au cours des 12 prochains mois <input type="checkbox"/> futur | |
| | b / Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> | |
| 5 | Veillez nous indiquer votre taille et votre poids : | Taille <input type="text"/> | cm Poids <input type="text"/> |
| 6 | Vous trouvez-vous en arrêt de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/> | |
| 7 | Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/> | |
| 8 | Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Pour quelle affection ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> % | |
| 9 | Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Médicaments / Soins : <input type="text"/> Pour quels motifs ? <input type="text"/> | |
| 10 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |
| 11 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |
| 12 | Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? (Joindre le résultat des examens anormaux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/> | |
| 13 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ? (Joindre le résultat des examens anormaux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Lesquels ? <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/> | |
| 14 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse) ? (Joindre une copie des comptes rendus opératoires) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/> | |
| 15 | Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/> | |
| 16 | Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? (hormis affections saisonnières) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Laquelle ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Séquelles ? <input type="text"/> | |

Je soussigné (Nom et Prénom) Fait à , le / /

certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

X

Signature de la personne à assurer :

MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour Alico S.A. entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances. Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : Alico S.A. - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)



N° de Police :

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

| | | | | |
|----|----|---|---|--------------------------|
| 1 | | a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/> | | |
| | | b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <input type="text"/> | | |
| | | | NON | OUI |
| | | | Si OUI, merci de préciser impérativement : | |
| 2 | a) | Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | a) | Sports pratiqués (y compris aviation) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | a) | Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | a) | Grossesses antérieures ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | a) | Veillez nous indiquer votre taille et votre poids : | Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg | |
| | b) | Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | a) | Veillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : | Tension artérielle habituelle : <input type="text"/> / <input type="text"/> | |
| | b) | Est-elle traitée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | a) | Vous trouvez-vous en arrêt de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | a) | Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a) | Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | a) | Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) | Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c) | Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | d) | Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOM et Prénom de la personne à assurer

| | | NON | OUI | Si OUI, merci de préciser impérativement : |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : | | | | Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles. |
| 11 | a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immunodéficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (<i>goitre</i>) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | e) Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | f) Surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum ou du foie (<i>hépatite, cirrhose</i>), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (<i>coliques néphrétiques, cystite</i>), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | k) Psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | m) Tumeur ou toute autre maladie ou invalidité non citée plus haut ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

| | | | | |
|----|---|--------------------------------|--------------------------|---|
| 12 | Avez-vous été accident  ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? _____ Nature des blessures : _____ Séquelles éventuelles : _____ |
| 13 | a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? (communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____ |
| | b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? _____ Pourquoi ? _____ |
| 14 | a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (<i>sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance</i>) un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang ou une analyse des urines ? (joindre le résultat des examens anormaux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____ |
| | b) Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? (joindre le résultat des examens anormaux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____ |
| 15 | Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. Dans tous les cas, joindre la copie du résultat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____ |
| 16 | Quel est votre médecin habituel (<i>nom et adresse</i>) ? | Nom : _____ Adresse : _____ | | |
| 17 | Avez-vous autre chose à déclarer ? | _____ | | |

Je soussigné (Nom et Prénom) _____

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

certifie avoir répondu sincèrement aux questions précédées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

X

Signature de la personne à assurer :

Page 2/2

MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour Alico S.A. entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-3 du Code des Assurances).

Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à :
Alico S.A. - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

Page 2/2

www.alico.fr

N  Azur : 0 810 002 706

Alico S.A. - 34, place des Corolles - 92400 Courbevoie - Société Anonyme au capital de 45 734 705 à - Régie par le Code des Assurances - RCS Nanterre B 722 092 368.

NOM et Prénom de la personne à assurer

NON OUI Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle : Systolique Diastolique

Est-elle traitée ? NON OUI Depuis quand ?

11 - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.
Contrôle éventuel : Systolique Diastolique

Pouls

12 - Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle : /mn

Appareil respiratoire

13 a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? NON OUI Laquelle ?

b) Examen radiologique (déjà réalisé) ? NON OUI Date : / / Résultat ?

Appareil digestif

14 a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? NON OUI Lequel ?

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? NON OUI Lequel ?

c) Le foie est-il agrandi ? NON OUI De combien de cm ? Consistance

d) La rate est-elle agrandie ? NON OUI Palpable sur cm - Cause :

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? NON OUI Siège : - Bilatérale : Oui Non

Appareil urogénital

15 a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? NON OUI Lesquels ?

b) Examen de l'urine (obligatoire) - (l'urine doit être émise chez le médecin)

albumine NON OUI Dosage éventuel : g/l

sucre NON OUI Dosage éventuel : g/l

sang NON OUI

pus NON OUI

Autres substances anormales

Peau

16 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? NON OUI Laquelle ?

Ganglions lymphatiques

17 Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? NON OUI Siège ?

Origine

Os, articulations et tissu conjonctif

18 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? NON OUI Lequel ?

Conclusion

19 a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? NON OUI

b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? NON OUI

c) Remarques spéciales et suggestions :

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à , le / /

Signature du médecin-examineur :

Centres médicaux partenaires

Comment ça marche ?

- > Un appel au N° indiqué puis il suffit de se laisser guider.
- > Vous obtenez un **rendez-vous sous 48 h** et vous passez tous vos examens lors d'une **visite unique**,
- > Vous n'avez **pas de frais à avancer**,
- > Les résultats sont **transmis directement** à Alico dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Documents à apporter lors du rendez-vous

- > **Votre pièce d'identité**
- > **Votre exemplaire de proposition d'assurance.**
- > **Le tableau des formalités médicales joint à votre proposition d'assurance**

ABCOS Santé
N° Azur 0 821 020 101

- BORDEAUX
- LILLE
- LYON
- MARSEILLE
- NANCY
- NICE
- PARIS

ABSYL France
N° 0 241 877 308

- ANCENIS
- ANGERS
- BOULOGNE
- BREST
- CALAIS
- CHATEAUXROUX
- CHINON
- DUNKERQUE
- LA ROCHE SUR YON
- LORIENT
- MARSEILLE
- MELUN
- MONTARGIS
- NANTES
- NEUILLY
- NIORT
- ORLÉANS
- PARIS
- RENNES
- ST NAZAIRE
- TOURS
- VALENCE
- VANNESCBSA

Centre CBSA
N° Azur 0 825 332 932

- BORDEAUX
- GRENOBLE
- LE HAVRE
- LILLE
- LYON
- MARSEILLE
- MONTPELLIER
- NANTES
- NICE
- PARIS
- PAU
- REIMS
- RENNES
- STRASBOURG
- TOULOUSE

Centre CIVEM
N° Azur 0 810 12 12 12

- LILLE
- LYON
- NANTES
- NEUILLY

■ MARSEILLE
■ PARIS

L'hôpital Américain
N° 01 46 41 27 38
■ NEUILLY

Polyclinique St-Jean
N° 04 93 73 84 50
■ NICE

ARM
N°Azur 0 810 725 000

- AGEN
- AIX EN PROVENCE
- AJACCIO
- ALBI
- ALENCON
- ALES
- AMIENS
- AMNEVILLE
- ANGERS
- ANGOULEME
- ANNECY
- ANNEMASSE
- ANTIBES
- ARGENTAN
- ARLES
- ARRAS
- AUBENAS
- AUCH
- AURILLAC
- AUXERRE
- AVESNES
- AVIGNON
- BASTIA
- BAYONNE
- BEAUVAIS
- BELFORT
- BERGERAC
- BESANCON
- BEZIERS
- BIARRITZ
- BLOIS
- BORDEAUX
- BOULOGNE SUR MER
- BOURG EN BRESSE
- BOURGES
- BREST
- BRIVE
- BRUGES
- BUSSY ST GEORGES
- CAEN
- CAHORS
- CALAIS
- CANNES
- CARCASSONNE
- CAVAILLON
- CHALLANS
- CHALONS SUR MARNE
- CHALONS SUR SAONE

- CHAMBERY
- CHARLEVILLE
- CHARTRES
- CHATEAUXROUX
- CHERBOURG
- CHOLET
- CLERMONT FERRAND
- COLMAR
- COMPIEGNE
- DIEPPE
- DIJON
- DRAGUIGNAN
- DUNKERQUE
- EPERNAY
- EPINAL
- EVREUX
- FIRMINY
- FONTAINEBLEAU
- FREJUS
- GAP
- GRENOBLE
- GUERET
- GUILHERAND GRANGES
- HAGUENAU
- LA BAULE
- LA CIOTAT
- LA ROCHE SUR YON
- LA ROCHELLE
- LANDERNEAU
- LANGRES
- LANNION
- LAON
- LAVAL
- LE BOUSCAT
- LE HAVRE
- LE MANS
- LE PUY EN VELAY
- LENS
- LES SABLES D'OLONNES
- LIBOURNE
- LILLE
- LILLEBONNE
- LIMOGES
- LONS LE SAUNIER
- LORIENT
- LUNEVILLE
- LYON
- MACON
- MARGNANE
- MARSEILLE
- MAUBEUGE
- MEAUX
- MELUN
- MENTON
- METZ
- MONACO
- MONT DE MARSAN
- MONTARGIS
- MONTAUBAN
- MONTBELIARD
- MONTEILIMAR
- MONTLUCON
- MONTPELLIER

- MOULINS
- MULHOUSE
- NANCY
- NANTERRE
- NANTES
- NARBONNE
- NEUILLY
- NEVERS
- NICE
- NIMES
- NIORT
- ORLEANS
- PAU
- PERIGUEUX
- PERPIGNAN
- POITIERS
- PONT A MOUSSON
- QUIMPER
- REIMS
- RENNES
- ROANNE
- RODEZ
- ROUBAIX
- ROUEN
- ROYAN
- SAINTES
- SALLANCHES
- SAVERNE
- SEDAN
- SELESTAT
- SENLIS
- ST BRIEUC
- ST CHAMOND
- ST ETIENNE
- ST LO
- ST LOUIS
- ST QUENTIN
- ST RAPHAEL
- STRASBOURG
- TARBES
- THIONVILLE
- THONON LES BAINS
- TOULON
- TOULOUSE
- TOURS
- TROYES
- VALENCE
- VALENCIENNES
- VALOGNES
- VANNES
- VERDUN
- VERSAILLES
- VESOUL
- VILLEFRANCHE DE ROUERGUE
- VILLEFRANCHE SUR SAONE
- VILLEJUIF
- VITROLLES

Collez votre RIB ici (colle ou ruban adhésif) !
 Merci de ne pas agraffer.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

N° NATIONAL D'EMETTEUR
000582

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la Loi du 6 janvier 1978 sur l'Informatique et les Libertés modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

IMPORTANT : Prière de renvoyer cet imprimé à Alico S.A. en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom
 Prénom
 Adresse
 Code Postal Ville

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Alico S.A.
 TSA 22 222 - 34, place des Corolles
 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

COMPTE À DÉBITER

| ÉTABLISSEMENT | GUICHET | N° DE COMPTE | CLÉ R.I.B. |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Date : / / Signature :

X

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom
 Adresse

 Code Postal Ville

Veillez à ce que votre compte soit suffisamment approvisionné. Les frais d'impayés seront à la charge du titulaire du compte.

Modification des informations Personnelles et Bancaires



Partie réservée au souscripteur du contrat

Changement d'adresse

Si vous connaissez votre future adresse, complétez et remettez ce document à votre conseiller.

Nom / Prénom :

N° Police :

Ma nouvelle adresse :

Date de changement d'adresse :

Changement de coordonnées bancaires

Si vous changez de coordonnées bancaires, merci de nous renvoyer un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne et de compléter une nouvelle autorisation de prélèvement automatique (disponible chez votre conseiller).

Merci de préciser votre N° de police :

Retournez ce document à :

Alico S.A.
Service Gestion Relation Clientèle
34, place des Corolles
TSA 22 222
92919 Paris La Défense Cedex

Si vous ne connaissez pas encore votre future adresse et/ou vos coordonnées bancaires, pensez au moment du changement, à renvoyer ce document directement à l'adresse ci-dessus.