

Déclaration de santé

Assurance collective indemnité journalière de maladie

Preneur d'assurance

Société **ou** nom, prénom

Personne à assurer

Sexe: féminin masculin

Nom, prénom

Adresse / CP

NPA, Lieu

Activité actuelle

Le salaire AVS

Date de naissance

Nationalité

Taille en cm

Poids en kg

Questions de santé

Les réponses à toutes les questions posées doivent être complètes et véridiques.

1. Au moment de la demande, étiez-vous en arrêt de travail total ou partiel? oui non
2. Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident? oui non
3. Avez-vous besoin de médicaments ou êtes-vous sous traitement ou surveillance médicale? oui non
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été atteint/e de troubles, affections ou d'une maladie figurant dans la liste ci-dessous: oui non
 - immunitaire (p.ex. SIDA, hépatite)
 - cardio-vasculaire (p.ex. hypertension artérielle, embolies, thromboses, attaques cérébrales)
 - nerveuse (p.ex. épilepsie, troubles nerveux, paralysies)
 - ophtalmologique (p.ex. affection de la rétine)
 - psychique (p.ex. dépression, états anxieux et épuisement)
 - locomoteur-articulaire (p.ex. os, ligaments, tendons, hernies discales colonne vertébrale, articulations, muscles, rhumatismes, arthrose)
 - digestive (p.ex. estomac, intestins, foie, vésicule biliaire)
 - métabolique (p.ex. diabète, cholestérol)
 - alcoolisme ou toxicodépendance
 - cancer
5. Au cours des dernières 5 années, avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 4 semaines consécutives pour cause de maladie ou d'accident? oui non
6. Avez-vous subi un test du SIDA dont le résultat a été positif (VIH)? oui non



7. Êtes-vous enceinte?

oui non

Date prévue de l'accouchement

Médecin traitant (adresse)

Si vous avez répondu «OUI» à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées ci-après:

Question no

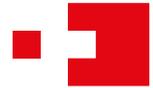
Maladies, troubles, affections, examens médicaux, médicaments?

Durée de l'arrêt de travail et degré d'incapacité en %:

Médecins traitants ou/et hôpitaux (prière d'indiquer les adresses):

Durée du traitement (du / au):

Remarques



Informations relatives à la protection des données

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

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

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

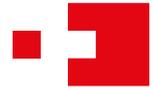
Certaines de nos prestations sont confiées à des entreprises juridiquement indépendantes en Suisse et à l'étranger afin de vous offrir une couverture d'assurance complète et d'optimiser les coûts. Il peut s'agir aussi de partenaires de coopération. Dans le cadre de la définition des objectifs du rapport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

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

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

Autorité de surveillance

La Coopérative d'Assurance des métiers, avec siège à Zurich, est soumise à la surveillance de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), Laupenstrasse 27, 3003 Berne.



Clause de consentement

Le/la soussigné/e confirme avoir reçu et compris les Conditions d'assurance et avoir été informé/e de l'identité de l'assureur, des différents risques, de l'étendue de la couverture d'assurance, du montant de la prime, des obligations du preneur d'assurance, de la durée et de la cessation du contrat, ainsi que du traitement des données personnelles, y compris du but, de la nature de la collecte des données ainsi que de leur destinataire.

Si l'Assurance des métiers a contrevenu à son devoir d'informer selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat, il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur. Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la contravention et des informations légales, au plus tard toutefois un an après la contravention. Pour les risques situés dans la principauté de Liechtenstein et pour les demandeurs ayant leur résidence habituelle ou leur administration centrale dans la principauté de Liechtenstein, le devoir d'information selon la Loi liechtensteinoise sur le contrat d'assurance (Versicherungsvertragsgesetz [VersVG]) s'applique. Si l'Assurance des métiers a contrevenu à son devoir d'informer selon la loi liechtensteinoise, le demandeur n'est pas lié à la proposition, et le preneur d'assurance est en droit de renoncer au contrat après que celui-ci a été conclu. Ce droit de renonciation s'éteint au plus tard quatre semaines après que la police est parvenue au preneur d'assurance, et que ce dernier a été informé dudit droit.

Il/elle est lié/e par la présente proposition pendant 14 jours s'il s'agit d'une assurance sans examen médical et pendant 4 semaines si l'assurance nécessite un examen médical. Dans les deux cas, le délai commence à courir à la remise de la proposition à la compagnie. Il/elle autorise l'Assurance des métiers à recueillir auprès de tiers (assureurs précédents à propos de la sinistralité antérieure, coassureurs et réassureurs, personnel médical, médecins, services officiels, hôpitaux, assurances sociales, employeur en cas d'assurances collectives) les renseignements nécessaires à l'examen de la proposition, à l'évaluation des risques et à l'exécution du contrat, et à utiliser ces données dans ces buts ainsi qu'à des fins de marketing internes, conformément aux dispositions précitées relatives à la protection des données.

Dans le cadre de contrats collectifs qui accordent à d'autres personnes que le preneur d'assurance un droit aux prestations auprès de l'Assurance des métiers, le preneur d'assurance est tenu d'informer les bénéficiaires sur le contenu essentiel du contrat, sur sa modification et sur sa dissolution. Le/la soussigné/e confirme avoir reçu pour information les documents requis (notices) de la part de l'Assurance des métiers.

Le/la soussigné/e confirme avoir répondu à toutes les questions de façon complète et véridique.

Date, signature

Lieu et date

Signature de la personne assurée
