

Répondre par OUI ou NON. L'absence de réponse nous obligerait à vous retourner cette Attestation de Santé. En cas de réponse "NON", vous devrez vous soumettre à de nouvelles formalités médicales.

Je soussigné(e)

Nom (M., Mme, Mlle) _____ Prénom _____

atteste sur l'honneur que depuis la date d'adhésion et au cours des 5 dernières années à la garantie Paréo-V6 :

- | | |
|--|---|
| • je ne suis et/ou je n'ai été atteint d'aucune affection susceptible d'entraîner un séjour en établissement de soins ou nécessitant un traitement ou un contrôle régulier | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je ne suis pas pris en charge à 100 % par le régime obligatoire et je n'ai pas de demande de prise en charge en cours | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je ne suis pas en arrêt de travail et je ne l'ai pas été pendant plus de 21 jours ; je ne suis pas hospitalisé(e) et je ne l'ai pas été plus de 3 jours | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je ne souffre pas d'infirmité ; je ne perçois pas de rente d'invalidité ni d'allocation pour handicapé et je n'ai pas de demande de rente d'invalidité ni d'allocation pour handicapé en cours | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je n'ai pas dû cesser une précédente profession par suite d'accident ou de maladie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je ne suis pas actuellement sous traitement médical et je n'ai pas suivi de traitement de plus de 21 jours | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • je ne fais pas l'objet et je n'ai pas fait l'objet d'un suivi psychologique ou psychiatrique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette attestation qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (le défaut de réponse ayant pour conséquence le non-traitement de votre dossier). J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification, sous peine de déchéance. L'adhésion pourra être déclarée nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur (Art L. 113-8 du Code des assurances). En cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation des cotisations, les sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (Art L. 113-9 du Code des assurances).

Fait à , le / /

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"



Cette attestation de santé est valable 6 mois à compter de la date de signature

Les données communiquées dans le cadre de cette attestation sont destinées à Alptis Assurances, responsable de traitement intervenant pour le compte de l'assureur, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande. Votre attestation doit être complétée, datée et signée, et transmise sous enveloppe, ou selon la procédure de confidentialité qui vous est proposée, de même que les éventuels documents médicaux complémentaires, à l'attention du "Médecin conseil" Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnif@alptis.fr. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du "Médecin conseil".

Votre Attestation de Santé doit être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil, aux bons soins d'Alptis Assurances.



Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : demande.adhesion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Quatrem

Société anonyme au capital de 380 426 249 € - RCS Paris 412 367 724 - dont le siège social est situé 59-61, rue La Fayette - 75009 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances