



La gamme Prévoyance

Proposition d'assurance



Alico[®]

Comment remplir la proposition d'assurance ?

Nos conseillers sont à votre disposition au

 **N°Azur 0 810 002 706**

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

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, au nom du souscripteur, 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'Epargne, au nom du souscripteur, pour les prélèvements automatiques.
- Pour les personnes physiques, la copie lisible d'une pièce d'identité recto verso (CNI, passeport..)
- Pour les personnes morales : un extrait k-bis de moins de 3 mois; une copie des statuts pour les associations; une copie du règlement pour une fondation
- 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.

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

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)
Centre CIVEM	0 810 121 212 (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.

Attention : les frais relatifs à la visite médicale ne seront pris en charge que dans le cadre de la constitution d'un dossier de demande d'assurance auprès d'Alico.

Dans tous les autres cas, les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'assureur et vous serez alors réclamés par l'organisme qui aura effectué les examens.

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, des capitaux ou des indemnités journalières multipliées par 4 000.

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. Les frais relatifs à la visite médicale ne seront pris en charge que dans le cadre de la constitution d'un dossier de demande d'assurance auprès d'Alico. Dans tous les autres cas, les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'assureur et vous seront alors réclamés par l'organisme qui aura effectué les examens.
- Si le capital à assurer est supérieur à 1 000 000 €, il convient de compléter le Rapport Moral et Financier avant de débiter tout examen médical.

Capitaux à assurer ou montant des Indemnités Journalières X 4000														
Âge	7 500 € à 14 999 €	15 000 € 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	X	DS	QSS	QSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De 46 ans à 55 ans														
De 56 ans à 65 ans														
De 66 ans à 85 ans														
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 cyto bactériologique 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 cyto bactériologique 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 cyto bactériologique 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 cyto bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (P.S.A.) 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 cyto bactériologique 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.



Cadre réservé à la Compagnie

Code Apporteur :

Personne à assurer

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 :

Revenus professionnels annuels nets N-1 hors dividendes : € Dividendes : €

Statut : Artisan / Commerçant Profession libérale Gérant majoritaire Exploitant agricole Salarié : cadre non cadre

Autre :

Nombre d'enfants : Âge des enfants :

Cadre réservé à la Compagnie

A) Êtes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective) Oui Non
 auprès de quelle(s) Compagnie(s) ?
 Total des montants en cours assurés : € Date de souscription :

B) Pratiquez-vous des sports (y compris aviation) ? Oui Non
 Lesquels : (Remplir le questionnaire adapté, si nécessaire)

C) Envisagez-vous au cours des 12 prochains mois, de séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour plus d'un mois consécutif ? Oui Non
 (Si oui, compléter le questionnaire risque de séjour)

Souscripteur (si ce n'est pas l'assuré)

NOM ou RAISON SOCIALE :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : E-mail :

Caractéristiques de l'assurance

<input type="checkbox"/> Prévoyance familiale	<input type="checkbox"/> Prévoyance Homme-Clé	<input type="checkbox"/> Prévoyance Associés	<input type="checkbox"/> Prévoyance Droits de succession
Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès
Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> IPT ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> IPT ⁽²⁾	Définitions des Garanties (1) Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (2) Invalidité Permanente et Totale - maximum : 2 500 000 € (3) Doublement Accident - maximum : 650 000 € (4) Incapacité Temporaire Totale avec Indemnités Journalières limitées à 350 € par jour (5) Exo en cas d'Incapacité Temporaire Totale - franchise 90 jours (6) Garantie provisoire décès accidentel - garantie en cas de décès accidentel pendant l'étude du dossier par la compagnie - maximum : 500 000 € et 45 jours (conformément à l'art. 12 des Conditions générales).	
<input type="checkbox"/> DA ⁽³⁾			
<input type="checkbox"/> ITT ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> ITT ⁽⁴⁾		
Montant des IJ ⁽⁴⁾ <input type="text"/> €	Montant des IJ ⁽⁴⁾ <input type="text"/> €		
Franchise <input type="checkbox"/> 30 jrs <input type="checkbox"/> 60 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs	Franchise 90 jrs		
<input type="checkbox"/> Exonération du paiement des primes ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> Exonération du paiement des primes ⁽⁵⁾		
Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾
Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>



Super Novaterm

Proposition d'assurance individuelle décès



NOM et PRÉNOM de l'assuré :

Bénéficiaire(s) *(en cas de décès)*

- CLAUSE TYPE** : Mon conjoint non séparé, non divorcé, ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants, ou représentés en cas de prédécès, par parts égales, à défaut mes héritiers.
- AUTRE** : Indiquer NOM(s), Prénom(s), date de naissance et adresse complète et précisez la relation entre Assuré et Bénéficiaire
- Prévoyance Homme-Clé** : indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise souscriptrice : à défaut, mes héritiers.
- Prévoyance Associés** : indiquer les noms, prénoms et adresses des associés :

Déclaration de santé *(Se reporter au tableau des formalités médicales et compléter les questionnaires de santé, si nécessaire)*

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'investigation 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, des dents de sagesse, maternité), 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

X

Signature de la personne à assurer

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 de la personne à assurer

Prime de 1^{ère} année* *(n'oubliez pas de joindre un RIB en cas de paiement par prélèvement automatique)*

FRACTIONNEMENT	FRACTIONNEMENT				MODE DE PAIEMENT	
	Annuel	Semestriel	Trimestriel ⁽¹⁾	Mensuel ⁽¹⁾	Prélèvement automatique	Chèque à l'ordre d'Alico
MONTANT						
Prévoyance familiale	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévoyance Homme-Clé	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévoyance Associés	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévoyance Droits de succession	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frais de fractionnement : Semestriel 2% - Trimestriel 3% - Mensuel 4%

⁽¹⁾ Prélèvement automatique uniquement

* Le montant indiqué correspond à la prime estimée au cours de la première année. Ensuite cette prime évolue conformément aux dispositions de l'article 16 des Conditions Générales.

Souscription

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information (NISNT06) et des Conditions Générales Super Novaterm (Réf-CGSNT06), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation prévue par la loi. 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. Je m'engage à déclarer dans les meilleurs délais toutes circonstances nouvelles survenues entre la date de signature de la présente proposition d'assurance et la date d'acceptation du risque par l'assureur et qui seraient de nature à modifier l'ensemble des déclarations contenues dans ce document. 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 12 des Conditions Générales jointes, l'assurance n'a d'existence et d'effet qu'après l'envoi des Conditions Particulières et l'encaissement de la première prime par l'Assureur. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande, et peuvent dans ce cadre être communiquées à des tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à Alico SA, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92319 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Correspondant Informatique et Libertés » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées et données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par simple lettre envoyée à l'adresse ci-dessus.

Fait à Le

X OBLIGATOIRE

Signature de la personne à assurer

X OBLIGATOIRE

Signature du souscripteur
(si différent de l'Assuré)
et cachet pour les entreprises

X OBLIGATOIRE

Signature et cachet de l'intermédiaire

Note d'information - NISNT06

(Ce document répond aux exigences des articles L.132-5-2 et A. 132-4 du Code des Assurances)

Cette note reprend les dispositions essentielles du contrat SUPER NOVATERM d'Alico S.A. dont les Conditions Générales sont remises au Souscripteur avec sa proposition d'assurance

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

SUPER NOVATERM est un contrat individuel d'assurance temporaire décès, relevant de la branche 20 (Vie-Décès), destiné à la prévoyance des particuliers et des professionnels. Ce contrat est assuré par l'Assureur, Alico S.A. et est régi par le Code des Assurances.

a) Définition contractuelle des garanties offertes

Garantie de base

L'objet du contrat est de garantir, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré pendant la période de validité des garanties, le versement par Alico S.A. du capital garanti à la date de survenance du sinistre, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venu les modifier, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), sous réserve des exclusions visées à l'Article 6 des Conditions Générales d'assurance.

Garanties facultatives

Lors de la souscription, le Souscripteur peut opter pour des garanties facultatives, à savoir la garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT), la garantie Doublement Accident (DA), les Indemnités Journalières (IJ) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et l'Exonération du paiement des primes (Exo) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT).

La garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité définitive d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale). La prestation est le versement par Alico S.A. du capital assuré au jour de la consolidation de l'IPT. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 2.500.000 € par personne assurée au sein d'Alico S.A..

La garantie Doublement Accident (DA) intervient en cas de décès accidentel de l'Assuré et en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle ou d'Invalidité Permanente et Totale accidentelle, si cette garantie facultative a été souscrite. La prestation est le doublement par Alico S.A. du montant du capital garanti en cas de décès, PTIA ou IPT, plafonné à 650 000 €.

La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer temporairement une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. Dans le contrat SUPER NOVATERM, deux prestations distinctes sont proposées :

- **Indemnités Journalières (IJ)** : après une période de franchise de 30, 60 ou 90 jours (au choix de l'Assuré) à compter de l'arrêt de travail, Alico S.A. verse des IJ forfaitaires, plafonnées à 350 € par jour et par personne assurée chez Alico, pour une durée maximum de 36 mois et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré. Le montant de l'indemnité journalière assuré, rapporté à une base annuelle, ne doit pas dépasser :
 - 100% des revenus professionnels nets fiscaux (hors dividendes) de l'Assuré, figurant sur le dernier avis d'imposition au jour de sa souscription, si L'ASSURE EST UN TRAVAILLEUR NON SALARIE.
 - 30% des revenus professionnels nets fiscaux de l'Assuré, figurant sur le dernier avis d'imposition au jour de sa souscription, si l'ASSURE EST UN SALARIE.

Et/ou

- **Exonération du Paiement des Primes (EXO)** : Alico S.A. rembourse les primes d'assurances versées prorata temporis après un délai de franchise de 90 jours pour une durée maximum de 36 mois et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

b) Exclusions

Il est très important que le Souscripteur lise attentivement les Conditions Générales du contrat d'assurance SUPER NOVATERM qui lui sont remises avec sa proposition d'assurance et au sein desquelles sont détaillées les exclusions de la garantie de base (cf. Article 6 des Conditions Générales) et celles des garanties facultatives (cf. Article 11 des Conditions Générales).

c) Durée du contrat

Le contrat SUPER NOVATERM est souscrit pour une période d'un an. A l'issue de cette période, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction aux conditions visées dans les conditions particulières.

En aucun cas, le contrat ne peut être renouvelé au-delà de l'échéance annuelle suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

d) Modalités de versement des primes

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 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.

e) Délai et modalités de renonciation au contrat – Résiliation

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 trente (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 :

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 N° [] souscrit le [] / [] / [] et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit [] €.
J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date d'envoi de la présente lettre et met fin aux garanties.
Fait à [] le [] / [] / [] Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du contrat SUPER NOVATERM 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.

Résiliation

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, 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.

La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de primes de la part de l'Assureur.

f) Formalités à remplir en cas de sinistre

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives à fournir figurant aux Articles 18, 19 et 20 des Conditions Générales d'Assurance ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

g) Informations sur les primes

Le montant des primes indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, est garanti jusqu'au terme du contrat. 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.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

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 Défense 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.

Alico S.A., entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme de droit français, au capital de 45.734.705 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le numéro 722 092 368 RCS Nanterre, dont le siège social est situé 34, place des Corolles – 92400 COURBEVOIE.

SUPER NOVATERM

Conditions Générales Référence : CGSNT06

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM

SUPER NOVATERM est un contrat individuel d'assurance 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) suite à un accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties. Les garanties facultatives, Doublement Accident, 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 de la proposition d'assurance, 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.
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. Société Anonyme de droit français, au capital de 45 734 705 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le numéro 722 092 368 RCS Nanterre, avec siège social situé 34 place des Corolles 92 400 COURBEVOIE.
Bénéficiaire :	<p>Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur.</p> <p>Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat.</p> <p>Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.</p> <p>En l'absence de désignation expresse 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, ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à son concubin notoire, à défaut aux enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants, ou représentés en cas de prédécès, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré.</p> <p>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.</p> <p>La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, cette acceptation, ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le Souscripteur du contrat, est informé que le contrat d'assurance est conclu.</p> <p>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.</p>
Franchise :	Période à l'issue de laquelle intervient la prise en charge 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.

Invalité Permanente et Totale : Invalité 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 Invalité Absolue et Définitive :
Invalité 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 physique ou morale qui paie les primes. Le Souscripteur peut avoir la qualité d'Assuré

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'invalité 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(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.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales et **constatée pendant la période de validité des garanties**, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalité, 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

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont indiqués aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, **le bénéfice des prestations garanties en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** reviendra à l'Assuré lui-même.

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 IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS :

- **LE SUICIDE SURVENANT MOINS D'UN AN APRES 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 SUIVIT 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 AGRÉES 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 GREVES, 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 ANTERIEURS 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, APRES ÉTUDE DU DOSSIER PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :

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

III - GARANTIES FACULTATIVES

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 telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales et **constatée pendant la période de validité des garanties**, l'Assureur paiera le capital indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier, dès la consolidation de l'Invalidité. Ce capital est égal au capital de la garantie de base (article 4 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 2.500.000 €.

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 supérieur 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'Assuré lui-même.

Article 8 - DOUBLEMENT ACCIDENT

En cas de décès survenu avant l'âge de 70 ans, ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue avant l'âge de 65 ans, et consécutifs à un Accident survenu dans les 12 mois qui précèdent le Sinistre, l'Assureur doublera le montant du capital de la garantie de base (article 4 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 650.000 €.

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré (si cette garantie est également souscrite), consécutive à un Accident, survenue avant l'âge de 65 ans et dans les 12 mois qui suivent la date de l'Accident, l'Assureur doublera le montant du capital de la garantie facultative (article 7 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 650.000 €.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont indiqués aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale reviendra à l'Assuré lui-même.

Article 9 - 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.

Hormis dérogation spécifiée sur les Conditions Particulières, après étude du dossier par l'Assureur, LE MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE ASSURE, RAPPORTE A UNE BASE ANNUELLE, NE DOIT PAS DEPASSER :

- 100% DES REVENUS PROFESSIONNELS NETS FISCAUX (HORS DIVIDENDES) DE L'ASSURE, FIGURANT SUR LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION AU JOUR DE SA SOUSCRIPTION, SI L'ASSURE EST UN TRAVAILLEUR NON SALARIE.
- 30% DES REVENUS PROFESSIONNELS NETS FISCAUX DE L'ASSURE, FIGURANT SUR LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION AU JOUR DE SA SOUSCRIPTION, SI L'ASSURE EST UN SALARIE.

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'A L'ECHEANCE ANNUELLE DU CONTRAT QUI SUIVRA LE 65^{ème} ANNIVERSAIRE DE L'ASSURE.**

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 lui-même.

Article 10 - 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'A L'ECHEANCE ANNUELLE DU CONTRAT QUI SUIVRA LE 65^{ème} ANNIVERSAIRE DE L'ASSURE.**

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.

Article 11 - EXCLUSIONS - GARANTIES FACULTATIVES

L'ASSUREUR GARANTIT L'INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE, LE DOUBLEMENT ACCIDENT, 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 :

11.1 - 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 RESULTANT ;
- 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 STUPEFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS À DOSES NON PRÉSCRITES MÉDICALEMENT ;
- LES MALADIES OU ACCIDENTS RESULTANT D'UNE AFFECTION PSYCHIQUE, NEVROSE, 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 ;
- 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'événement) ;
- LES ATTEINTES DISCALES ET/OU VERTEBRALES sauf si elles nécessitent une hospitalisation d'au moins 7 jours ou s'il s'agit d'une fracture ;
- LES ACCIDENTS RESULTANT DU NON-RESPECT PAR L'ASSURÉ DES PRESCRIPTIONS RÉGLEMENTAIRES APPLICABLES À L'EXERCICE DES SPORTS ET ACTIVITÉS QU'IL PRATIQUE.

11.2 - EN OUTRE, SONT ÉGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RESULTANT 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 EXTREMES : 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 ; SPELEOLOGIE ; RANDONNÉE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE OU AU-DELÀ 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 11.2 peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale.

11.3 - EN OUTRE SONT EXCLUES DE LA GARANTIE DOUBLEMENT ACCIDENT LES SUITES ET CONSÉQUENCES :

- D'UNE RUPTURE D'ANEVRISME, D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE, D'UNE EMBOLIE CÉRÉBRALE, D'UNE HÉMORRAGIE MÉNINGÉE, AINSI QUE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX.

IV - LA VIE DU CONTRAT

Article 12 - GARANTIE PROVISOIRE DÉCÈS ACCIDENTEL

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 500.000 €.

CETTE GARANTIE PROVISOIRE DÉCÈS ACCIDENTEL NE COUVRE QUE LES ASSURÉS AGES DE MOINS DE 70 ANS AU JOUR DE LA RÉCEPTION PAR L'ASSUREUR DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE DUMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 500.000 € quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet à 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 45 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 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 AUX ARTICLES 6 ET 11.3 DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES ET N'EST VALABLE QUE POUR LES DÉCÈS SUITE À DES ACCIDENTS SURVENUS EN EUROPE, AUX ÉTATS UNIS, AU CANADA, AU JAPON ET EN AUSTRALIE.

Article 13 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 12, l'assurance prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur.

Article 14 - DUREE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM est souscrit pour une période d'un an. A l'issue de cette période, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction aux conditions visées dans les Conditions Particulières.

En aucun cas, le contrat ne peut être renouvelé au-delà de l'échéance annuelle suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Article 15 - MODIFICATION DU CONTRAT

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

Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant signé par l'Assuré, le Souscripteur, l'Assureur et les Bénéficiaires si ceux-ci ont accepté le contrat.

Article 16 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. Ce montant est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré au moment de la souscription puis à chaque date anniversaire du contrat, des montants de capital garantis, du montant des indemnités journalières garanti et de la franchise choisie, conformément à l'application du tarif de base en vigueur et des conclusions des formalités d'acceptation. 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 paiement des primes peut être soit annuel, soit 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 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 - 92919 Paris La Défense Cedex.

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée. La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de primes de la part de l'Assureur.

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.

V - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 17 - 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 18 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE DECES :

- 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,
- 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.

Le ou les bénéficiaires du capital en cas de décès peuvent demander à l'Assureur que le versement de ce capital soit fractionné sous forme d'annuités certaines. Cette demande devra être faite, au plus tard, lors de la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital garanti.

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

Article 19 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INVALIDITE 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,
- 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'Assuré peut demander à l'Assureur que le versement du capital soit fractionné sous forme d'annuités certaines. Cette demande devra être faite, au plus tard, lors de la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital garanti.

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

Article 20 - PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE 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 17.

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 21 - CHANGEMENT DE DOMICILE

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

Article 22 - 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 DEFENSE CEDEX**

Modèle de lettre de renonciation

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

J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date d'envoi de la présente lettre et met fin aux garanties.

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 23 - MEDIATION

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 - 92919 Paris La Défense 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 24 - 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 25 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

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. - TSA 22 222 - 34, place des Corolles - 92 919 Paris La Défense 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 26 - 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 que 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.

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).

Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance du décès de l'Assuré.

Article 27 - ORGANISME DE CONTROLE

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 28 - 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.

Article 29 - FISCALITE APPLICABLE AU CONTRAT

Le présent contrat est régi par les dispositions applicables aux contrats d'assurance vie.

29-1 – FISCALITE APPLICABLE AUX SOUSCRIPTIONS AUTRE QUE PREVOYANCE HOMME-CLE

Selon la réglementation applicable au 1^{er} novembre 2009, **l'intégralité des capitaux perçus** issus de contrats d'assurance décès prévoyance **est exonérée de droits de succession et de fiscalité. Seules les primes versées entreront dans l'assiette taxable.**

Pour les primes versées avant les 70 ans de l'assuré :

Au-delà d'un abattement de 152 500 € par bénéficiaire⁽¹⁾, le montant de la dernière prime annuelle est taxé de 20% (Article 990 I-1 du Code Général des Impôts)

Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, sont conclus sur la tête d'un même assuré, au profit d'un même bénéficiaire, il est tenu compte de l'ensemble des sommes versées au bénéficiaire au titre de ces contrats pour déterminer l'abattement de 152 500 €.

Pour les primes versées après les 70 ans de l'assuré :

Droits de succession, mais uniquement sur le montant des primes versées après 70 ans et après abattement global de 30 500 €⁽¹⁾ (Article 757 B du Code Général des Impôts)

Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, sont conclus sur la tête d'un même assuré et quel que soit le nombre de bénéficiaires, il est tenu compte de l'ensemble des contrats pour apprécier le franchissement du seuil de 30 500 €.

(1) Sauf exonération totale désormais au profit du conjoint ou partenaire pacsé et, sous certaines conditions, des frères et sœurs.

29-2 – FISCALITE APPLICABLE AUX SOUSCRIPTIONS PREVOYANCE HOMME-CLE

Selon la réglementation applicable au 1^{er} novembre 2009 :

Pour les primes versées : les primes versées peuvent être déduites du bénéfice imposable de l'entreprise l'année de leur versement au titre des charges d'exploitation.

Le capital décès est imposable en tant que profit exceptionnel avec possibilité d'étalement sur 5 ans par parts égales sur l'année de sa réalisation et sur les quatre années suivantes.

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	<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"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Cigares <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pipes <input type="text"/> Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/>
4	Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids : Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelle affection ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> %
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments / Soins : <input type="text"/> Pour quels motifs ? <input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Séquelles ? <input type="text"/>

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par Alico SA, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à Alico SA, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

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.

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 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 - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 22 222 - 34, place des Corolles - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

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.

10	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 (goitre) 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) Paralysie, 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, affections du foie (hépatite, cirrhose), 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 (coliques néphrétiques, cystite), 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 infirmité 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.

11	Avez-vous été accident� ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Nature des blessures : <input type="text"/> Séquelles éventuelles : <input type="text"/>
12	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 ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
13	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance) 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) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
	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) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
14	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) : <input type="text"/> Motif : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>

15 Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?
Nom :
Adresse :

16 Avez-vous autre chose à déclarer ?

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par Alico SA, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à Alico SA, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

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 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 - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 22 222 - 34, place des Corolles - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

Tension artérielle : Systolique Diastolique

11 Est-elle traitée ? Depuis quand ?

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

Appareil respiratoire

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

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

Appareil digestif

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

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

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

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

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

Appareil urogénital

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

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

albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel : <input type="text"/> g/l	Autres substances anormales <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel : <input type="text"/> g/l	
sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
pus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Peau

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

Ganglions lymphatiques

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

Os, articulations et tissu conjonctif

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

Conclusion

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

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

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.

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par Alico SA, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à Alico SA, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet du médecin-examineur

Signature du médecin-examineur :

X

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : Alico - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Tour AIG - TSA 22 222 - 34, place des Corolles - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.

* Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.

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
- CHÂTEAURoux
- 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
- CHATEAURoux
- 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
- MONTELMAR
- 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

Super Novaterm

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.

Super Novaterm Homme Clé

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.

Alico, l'expert en assurance emprunteur et en prévoyance individuelle

Alico est un acteur international de premier plan en assurances de personnes depuis près de 85 ans. Présent dans 54 pays, Alico compte 19 millions d'assurés dans le monde.

En France depuis 40 ans, Alico est le spécialiste de l'assurance individuelle et possède une expertise unique en risques aggravés de santé, professions ou sports à risques, capitaux élevés et seniors.

En s'appuyant sur des milliers de courtiers indépendants, Alico commercialise ses solutions d'assurance sur-mesure sur tout le territoire français.