



# Complément à la proposition

Date de la proposition: \_\_\_\_\_

Si, dans le texte ci-après, seul le genre masculin est employé pour les dénominations de personnes – dans le but de faciliter la lecture –, celui-ci sous-entend néanmoins toujours les personnes du sexe féminin.

**Preneur d'assurance**

Nom, prénom, raison sociale

**Personne à assurer**

Nom (et nom avant mariage pour les femmes)

Prénom

Date de naissance

Domicile effectif: Rue, numéro

NPA

Lieu

Pays

Activité professionnelle actuelle

Etrangers: pays de naissance

Permis de séjour

C  B  autre 

Veillez s.v.p. répondre à toutes les questions complètement et conformément à la vérité. Si des faits importants sont omis ou communiqués de façon inexacte (réticence), la Zurich peut résilier le contrat. Si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue d'un événement assuré, la Zurich est libérée de son obligation relative aux dommages déjà survenus (art. 6 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, LCA). Nous vous prions de noter qu'en apposant votre signature, vous êtes responsable des déclarations même si un tiers a écrit les réponses.

Vous avez la possibilité de remplir le formulaire seul, en toute tranquillité, puis de l'envoyer directement, dans les trois jours suivant la signature de la proposition, au médecin conseil de la Zurich, case postale, 8085 Zurich.

Lorsque certaines conditions ne sont pas remplies, la loi interdit aux assureurs de demander les résultats d'analyses génétiques prénatales ou présymptomatiques (avant l'apparition de symptômes) visant à établir une prédisposition à la maladie. Par conséquent, il ne faut pas mentionner les résultats de telles analyses dans ce questionnaire. Les résultats fournis spontanément ne peuvent pas être utilisés par les assureurs.

En revanche, les analyses génétiques réalisées à des fins de diagnostic, c'est-à-dire visant à préciser des symptômes déjà décelables, ne sont pas concernées par les dispositions de la loi. Elles doivent donc être déclarées.

**Question générale, à remplir dans tous les cas**

1. Vous a-t-on déjà refusé une proposition que vous avez présentée pour une assurance vie, accidents ou maladie? non  oui   
 Ou l'a-t-on ajournée ou acceptée à des conditions spéciales? Si oui:
- Quand?  Pour quel motif?  Compagnie? Caisse maladie?

**Quels blocs dois-je compléter?**

Assurance vie individuelle	Bloc
• Proposition Easy: risque décès ≤ CHF 120 000, libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain ≤ CHF 12 000 et/ou rente en cas d'incapacité de gain ≤ CHF 12 000, âge ≤ 65 ans	1
• Risque décès > CHF 120 000	1, 2, 3
• Libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain > CHF 12 000 et/ou rente en cas d'incapacité de gain > CHF 12 000	1, 2, 3, 5
• Proposition avec examen médical: avec libération du paiement des primes et/ou rente en cas d'incapacité de gain ≤ CHF 12 000 avec libération du paiement des primes et/ou rente en cas d'incapacité de gain > CHF 12 000	3 3, 5
Assurance vie collective	
• A remplir dans tous les cas (en plus, si la réponse à une question dans le bloc 1 est oui)	1, (2)
• A remplir uniquement si demandé expressément	3, 5
Assurance collective accidents et perte de salaire en cas de maladie	
• A remplir dans tous les cas	1, 2, 3, 4

Visa de l'assuré

## Bloc 1

2. Taille et poids      Taille en cm       Poids en kg       non      oui
3. Avez-vous des troubles de la santé, une anomalie, des séquelles d'accidents, de maladies ou d'affections congénitales?
4. Votre capacité de travail ou de gain est-elle réduite?
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical ou été soumis à un suivi médical pendant plus de 4 semaines, ou avez-vous été soumis à des contrôles médicaux répétés pendant cette période?

Précisions pour les questions 3–5, si vous y avez répondu par oui (veuillez indiquer tous les chiffres correspondants!)

Chiffre(s)	Quels troubles de la santé, opération, blessure par accident? (Détails, s.v.p.!)	Quand?	Durée?	Guérison sans séquelles?	Médecin, hôpital, adresse?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années (à l'exception de contraceptifs)?      non      oui
- Si oui: lesquels?      Raison?      Quand?      Durée?      Guérison sans séquelles?      Médecin, hôpital, adresse?
- |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
7. Avez-vous été soumis à des examens médicaux au cours de 5 dernières années qui n'ont **PAS** donné un résultat **NORMAL**?  
Exemples: radiographie, tomographie, ECG, test VIH, analyse du sang, de l'urine ou toute autre analyse spéciale.
- Si oui: lesquels?      Raison?      Quand?      Résultat?      Médecin, hôpital, adresse?
- |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement ou des consultations chez un psychothérapeute, un psychologue ou un psychiatre, avez-vous consulté un médecin en raison de problèmes du dos ou des articulations ou avez-vous suivi un traitement auprès de physiothérapeutes, de chiropraticiens ou d'ostéopathes?
- Si oui: Raison, diagnostic?      Quand?      Durée?      Guérison sans séquelles?      Médecin, hôpital, adresse?
- |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
9. Durant les 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, des cigares, la pipe ou consommé d'autres articles pour fumeurs?
- Si oui: quoi? quantité par jour?
- 
10. Y a-t-il eu chez vos parents, frères et sœurs, grands-parents des maladies cardiaques, des attaques d'apoplexie, du diabète, un cancer ou des maladies héréditaires avant l'âge de 55 ans?
- Si oui: lesquels? dans combien de cas?
- 
11. Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux votre état de santé
- 

## Bloc 2

12. Avez-vous consulté des médecins ou des personnes exerçant une autre profession médicale au cours des 12 derniers mois?      non      oui
- Si oui: veuillez indiquer toutes les consultations!
- | Date                 | Motif, diagnostic    | Résultat<br>(p. ex. état normal, guéri) | Médecin, hôpital, adresse |
|----------------------|----------------------|---|---------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>      |

Visa de l'assuré

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | non                      | oui                      |
| 13. Avez-vous été victime d'un accident au cours des 5 dernières années?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Avez-vous été entièrement ou partiellement incapable de travailler pendant plus de 4 semaines consécutives au cours de ces 5 dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. a) Avez-vous effectué un séjour dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement thermal au cours des 10 dernières années?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Un séjour à l'hôpital est-il prévu ou une cure planifiée?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours de votre vie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Une intervention chirurgicale vous a-t-elle été conseillée sans avoir été réalisée à ce jour?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions pour les questions 13–15, si vous y avez répondu par oui (veuillez indiquer tous les chiffres correspondants!)

Chiffre(s)	Quels troubles de la santé, opération, blessure par accident? (Détails, s.v.p.!)	Quand?	Durée?	Guérison sans séquelles?	Médecin, hôpital, adresse?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | non                      | oui                      |
| 16. Consommez-vous des boissons alcoolisées?<br>Si oui: lesquelles? combien par jour?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| 17. Avez-vous consommé des drogues au cours des 10 dernières années?<br>Si oui: lesquelles? pendant combien de temps? quand pour la dernière fois?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| 18. Existe-t-il une diminution de votre acuité visuelle ou auditive qui n'a <b>PAS PU ÊTRE ENTièrement CORRIGÉE</b> par un moyen auxiliaire (tel que lunettes, appareil auditif)?<br>Si oui: vue ou ouïe? gauche/droite? gravité? correction?<br>Nom du médecin? Veuillez joindre, si possible, une copie de votre ordonnance pour lunettes! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>   |                          |                          |

### Bloc 3

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | non                      | oui                      |
| 19. Avez-vous prévu des voyages dans des régions de guerre/de crise, des expéditions ou des séjours à l'étranger de plus de 3 mois? Si oui:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand? Pays, lieu? Motif? Durée?  |                          |                          |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| 20. Faites-vous du sport? Si oui: Quels sports pratiquez-vous? (S'il s'agit d'un sport à risque, veuillez remplir le questionnaire correspondant!)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |                          |                          |
| 21. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, soumis des propositions d'assurance vie?<br>Dans l'affirmative: auprès de quelle compagnie? capital/capitaux assuré/s?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  |                          |                          |
| 22. Disposez-vous d'assurances sur votre propre vie dont le total des capitaux assurés est supérieur à CHF 1 000 000.–?<br>Si oui: Compagnie? Monnaie/Capital assuré? Début/Expiration? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

### Bloc 4

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | non                      | oui                      |
| 23. Le total des indemnités journalières et rentes assurées et soumises dépasse-t-il, en cas d'accident, le 100% de votre revenu brut de l'activité lucrative ou, en cas de maladie, le 80% de ce même revenu? Si oui: veuillez répondre aux questions 25 + 26! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Avez-vous eu une assurance collective de perte de salaire en cas de maladie auprès de votre dernier employeur ou avez-vous été assuré sans interruption auprès du même assureur dans une police individuelle depuis la sortie de ce contrat collectif?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui: Compagnie? Salaire assuré? Indemnité journalière? Fin?  |                          |                          |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

Visa de l'assuré

## Bloc 5

25. Disposez-vous déjà de prestations en cas d'incapacité de travail/gain ou d'invalidité (mis à part AI) ou une demande pour une couverture d'assurance correspondante est-elle soumise ailleurs? non  oui
- Si oui: une analyse de prévoyance **signée** comportant toutes les prestations assurées et demandées est-elle jointe au présent complément à la proposition? non  oui

➔ Si non, veuillez indiquer ci-dessous les prestations assurées et demandées!

Veuillez s.v.p. toujours répondre aux questions 26 + 27!

### Prestations de la prévoyance professionnelle (caisse de pension, LPP, LAA, etc.) et de la prévoyance privée

Assureur	Indemnité journ. CHF	Rente annuelle CHF	Capital CHF	Couverture en cas de maladie d'accident	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Quel revenu annuel brut avez-vous réalisé en exerçant votre activité professionnelle au cours des deux dernières années?

Année  Montant CHF  Année  Montant CHF

Y a-t-il un bonus dans ces montants?

non  oui

Si oui: Montant CHF  Montant CHF

27. Employés: Votre relation de travail est-elle fixe et non dénoncée? Si non: détails? non  oui

## Attestation, autorisation, signature

La personne soussignée déclare avoir répondu aux questions contenues dans le présent document au mieux de ses connaissances. Elle confirme par ailleurs l'exactitude des éléments du risque qui y sont indiqués. Elle s'engage à annoncer à la Zurich les modifications qui interviennent avant le début de la couverture d'assurance définitive.

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

La Zurich est en outre autorisée à demander tous les renseignements pertinents en relation avec la conclusion du contrat, le traitement du contrat ou un éventuel cas d'assurance auprès de bureaux officiels ou de tiers. Par sa signature, la personne à assurer autorise notamment les médecins traitants, les hôpitaux et autres tiers à fournir à la Zurich ou à son service médical tous les renseignements nécessaires en rapport avec la proposition d'assurance et le traitement du contrat. À cet effet, elle délègue expressément ces personnes de l'obligation de conserver le secret. Cette autorisation est valable indépendamment de la conclusion du contrat. La personne soussignée a le droit de demander à la Zurich les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.

Informations supplémentaires, remarques

Lieu/date

Nom et prénom de la personne à assurer

Signature

Enfants de moins de 18 ans: Signature du représentant légal.  
Dès l'âge de 14 ans, signature de l'enfant également.