

À compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par la personne à assurer âgés de :

- **45 ans ou moins**, s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 250 000 €**
- **46 ans à 55 ans**, s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 150 000 €**
- **56 à 65 ans**, s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 30 000 €**
- **66 à 80 ans**, s'assurant pour un capital compris entre **7 500 € et 30 000 €**

NOM :

Prénom :

Je soussigné(e) déclare :

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

Fait à ,
le / /

Signature de la personne à assurer

X

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

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour Alico S.A. entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à :

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