

Risque de séjour

Assurable

Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Proposition n° _____

Séjours

1. Effectuez-vous des séjours professionnels et/ou privés à l'étranger ou envisagez-vous de le faire dans les douze prochains mois (hors Union Européenne, Royaume-Uni, Suisse, Islande, Norvège, Canada, États-Unis, Japon, Australie, Nouvelle Zélande) ? Oui Non

Si Oui, séjours prévus dans les 12 prochains mois (en dehors des pays listés ci-dessus) :

Pays _____ Villes _____ Durée _____ Motif _____

Pays _____ Villes _____ Durée _____ Motif _____

Pays _____ Villes _____ Durée _____ Motif _____

2. Veuillez décrire votre activité lors de voyages d'affaires à l'étranger _____

3. Avez-vous l'intention de vous rendre en dehors de grandes villes ou de centres urbains importants ? Oui Non

Si Oui, veuillez décrire :

a. vos conditions de logement _____

b. la proximité d'une permanence médicale _____

c. les moyens de transport utilisés (ex. : *Avion léger, hélicoptère, bus, bateau...*) _____

4. Avez-vous l'intention de vous rendre dans des territoires en guerre ou dans les régions présentant un haut risque de troubles politiques ? Oui Non

Si Oui, veuillez apporter des précisions _____

5. Renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer le plus équitablement possible les conditions de couverture de risque de séjour, voyage, résidence (les éventuelles affections médicales contractées lors d'un séjour ne doivent pas figurer dans le présent questionnaire, mais sur le questionnaire de santé joint à la proposition) _____

Paraphe



Signature

Je certifie que les présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influencer sur l'évaluation ou l'acceptation de la présente demande.

Je déclare avoir été pleinement informé du fait que ce questionnaire fait partie intégrante de ma proposition d'assurance et que les renseignements fournis serviront de base à l'évaluation de l'assureur.

Je m'engage, en outre, à communiquer à l'assureur toute modification éventuelle du risque entre la date de la présente et l'émission du contrat.

J'atteste du fait que mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Article L113-8 du Code des assurances).

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est Generali Vie.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime.

Dans les conditions prévues par la réglementation,

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Signature de l'Assurable

