

— **Dossier Gillon** —

CHEMISE : « **PRODUCTION** »

Pièce n° P1	• Conditions particulières de Assur+	1 page
Pièce n° P2	• Extrait des conditions générales du contrat mixte souscrit par Madame Lucie GILLON auprès de Assur+	2 pages
Pièce n° P3	• Questionnaire médico-professionnel de Assur+	4 pages

Assur+**CONDITIONS PARTICULIÈRES****Contrat n° RA105116**

Souscripteur : Mme GILLON Lucie
8, rue des Fourmis
75008 PARIS

Assuré : Mme GILLON Lucie
8, rue des Fourmis
75008 PARIS

Née le : 14 février 1925

Date d'effet de l'adhésion : 30 mai 1994

Durée : Temporaire (échéance au 31/12/2005)

Prime : primes annuelles de 70 000 Frs versées le 31/12 de chaque année

GARANTIES

- 1- Garantie en cas de vie : capital versé 900 000 Frs
Bénéficiaire désigné : l'assuré

- 2- Garantie en cas de décès : capital versé 900 000 Frs
En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, ce capital est versé aux bénéficiaires suivants : la nièce de l'assuré, M^{lle} Claire Gillon, à défauts les héritiers dans l'ordre de la succession.

- 3- Garantie invalidité absolue et définitive
Capital versé en cas d'invalidité absolue et définitive : 900 000 Frs
Ce montant est alors versé à l'assuré.

Extrait des conditions générales du contrat mixte souscrit par Mme Lucie Gillon auprès de Assur+ :

GARANTIE DÉCÈS-INVALIDITÉ

Article 1 : Décès

1. Prestation

Le montant du capital décès versé au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré est égal au montant fixé aux conditions particulières. Le capital peut à la demande du bénéficiaire être réglé en un nombre déterminé de versements trimestriels.

2. Bénéficiaires

Le capital (la rente) est versé(e) aux bénéficiaires désignés par l'assuré.

L'attribution bénéficiaire peut être modifiée à toute époque par l'assuré. La modification prend effet dès qu'elle est parvenue à la connaissance de l'assureur.

3. Terme de la garantie

La garantie prend fin le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 2 : Double effet

En cas de décès du conjoint avant son 80^{ème} anniversaire et après le décès de l'assuré, un capital est versé aux enfants que l'assuré avait à sa charge et qui sont encore à la charge du conjoint à son décès.

On entend par enfant à charge les enfants de l'assuré ou de son conjoint, c'est à dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée au sens des dispositions de la Sécurité Sociale et qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré ou de son conjoint au sens fiscal.

Article 3 : Invalidité absolue et définitive

1. Définition du risque

Est considéré en invalidité absolue et définitive l'assuré dont l'état de santé justifie une invalidité fonctionnelle le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une quelconque activité lucrative et l'obligeant en outre à avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

2. Prestation

L'assureur verse par anticipation à l'assuré le capital garanti en cas de décès. Ce règlement met fin à l'adhésion.

3. Terme de la garantie

La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 4 : Rente éducation

1. Prestation

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité absolue et définitive, chaque enfant à sa charge au jour du sinistre bénéficie d'une rente éducation.

Le montant de la rente est indiqué aux conditions particulières.

La rente est payable trimestriellement et à terme échu jusqu'au 18^{ème} anniversaire de chaque bénéficiaire ou au plus tard jusqu'au 25^{ème} anniversaire en cas de poursuite effective d'études à temps plein.

La rente éducation est versée au représentant légal des enfants ou, s'ils sont majeurs, à eux-mêmes.

2. Revalorisation

La rente éducation est revalorisée le 1^{er} juillet de chaque année en fonction du point de retraite AGIRC entre la date du sinistre ouvrant droit à la prestation et le 1^{er} juillet de chaque année.

3. Terme de la garantie

La garantie prend effet au plus tard le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

(...)

EXCLUSIONS

Le présent contrat ne couvre pas :

1. Le décès résultant :

- du suicide conscient ou inconscient survenant durant les deux premières années de la prise d'effet de la présente garantie,
- de faits de guerre étrangère,
- de la désintégration du noyau atomique.

2. L'invalidité résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les trois premiers mois qui suivent la date d'effet de la garantie,
- d'un accident non consolidé à la date d'effet de la garantie,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des cures de toutes natures ainsi que des séjours en maison de repos,
- des états et syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique ainsi que leurs suites et conséquences.

(...)

QUESTIONNAIRE MÉDICO- PROFESSIONNEL

Nous attirons particulièrement l'attention du proposant sur l'importance de ses déclarations qui serviront de base à l'assurance.

Ce document est couvert par le secret professionnel.

1	NOM : <u>Gillon</u> NOM DE JEUNE FILLE : <u>Dupont</u> PRENOM : <u>Lucie</u> DATE ET LIEU DE NAISSANCE : <u>14 02 19 25 à Paris</u> ADRESSE : <u>8, rue des Fournis Paris 8ème</u> SITUATION DE FAMILLE : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input checked="" type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E)																					
2	Profession actuelle : Description exacte de l'activité : Nom de l'entreprise : Nombre de collaborateurs : L'exercez-vous en tant que salarié ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Votre statut ? Chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre, profession intellectuelle <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Activité intermittente <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/>																					
3	Votre activité professionnelle vous amène-t-elle à vous déplacer en véhicule ? - fréquence <input type="checkbox"/> tous les jours ou <input type="checkbox"/> au moins une fois par semaine ou <input type="checkbox"/> au moins une fois par mois ou <input type="checkbox"/> jamais - kilométrage / an :																					
4	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ? </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NON</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td> dans un bureau, un cabinet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans le domaine paramédical, le commerce</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans une usine, un atelier</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans l'industrie du transport ou de la manutention</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans le bâtiment et les travaux publics</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou autre (à préciser)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ?	NON	OUI	dans un bureau, un cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou dans le domaine paramédical, le commerce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou dans une usine, un atelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou dans l'industrie du transport ou de la manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou dans le bâtiment et les travaux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ?	NON	OUI																				
dans un bureau, un cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
ou dans le domaine paramédical, le commerce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
ou dans une usine, un atelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
ou dans l'industrie du transport ou de la manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
ou dans le bâtiment et les travaux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
ou autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
5	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement : </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NON</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td> l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement :	NON	OUI	l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement :	NON	OUI																				
l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
6	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels : </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NON</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">OUI</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels :	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels :	NON	OUI																				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

7		S'ILS SONT VIVANTS		S'ILS SONT DECEDES			
		AGE	ÉTAT DE SANTE	AGE AU DECES	ANNEE	CAUSE DU DECES	
	Père :	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	80 ans) mort naturelle	
	Mère :			82 ans			X
	Frères/sœurs :			X	X		
	Conjoint :			60 ans	1990	Infarctus	
	Enfants :			X	X		
Vos ascendants directs ont-ils été atteints de l'une des affections suivantes : Infarctus du myocarde, maladie des coronaires, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, diabète.				NON	OUI	Préciser l'affection, l'âge de survenue et son évolution	
				X	J		

8	TAILLE	POIDS	TENSION ARTERIELLE
	160 CM	60 KG	13 / 4
Votre poids s'est-il modifié durant les 2 dernières années ?		NON	OUI
		X	J
de combien en plus ou en moins - pourquoi			

9	Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?		NON	OUI	quand - pourquoi
			X	J	

10	Étes-vous actuellement en arrêt de travail ?		NON	OUI	depuis quand - pourquoi - date de reprise prévisible
	XXXXXXXXXX		J	J	

11	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 2 semaines consécutivement ?		NON	OUI	quand - durée de chaque arrêt - pourquoi
	XXXXXXXXXX		J	J	

12	Vous a-t-on prescrit des examens particuliers ? (electrocardiogramme, electroencephalogramme, radiographie, arteriographie, biopsie, analyse de sang ou d'urines, test HIV, tests sérologiques de dépistage des hépatites B, C, fond d'œil ...)		NON	OUI	quand - motif - nature des traitements ou examens - résultats
			X	J	
	Consommez-vous des médicaments ? (hormis ceux pris pour des affections saisonnières)		X	J	
	Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupefiants (drogue) ?		X	J	
	Êtes-vous ou avez-vous été traité par rayons X, substances radioactives, chimiothérapie ou transfusions sanguines ?		X	J	

13	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?		NON	OUI	quand - durée - pourquoi - (indiquer notamment s'il y a eu intervention chirurgicale) - séquelles
			J	X	Appendicite en 1975

14	Devez-vous être hospitalisé prochainement, subir des examens médicaux ou des interventions chirurgicales ?		NON	OUI	quand - pourquoi - lesquels
			X	J	

15	Avez-vous été victime d'accidents ? (traumatisme, intoxication, brûlure ...)	NON	OUI	localisations corporelles (indiquer s'il y a eu perte de connaissance et la durée) - dates - séquelles
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		NON	OUI	lesquelles - quand - durée - traitement - évolution									
16	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :												
	Maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose, asthme, bronchite, pneumonie ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, artérite, troubles du rythme, syncope, angine de poitrine ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies de l'appareil digestif (ulcère, jaunisse, hernie hiatale, pancréatite, rectocolite ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies de l'appareil urogénital (coliques néphrétiques, albumine, affections gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies du sang, des ganglions (anémie, leucémie, hémophilie, lymphome ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies endocriniennes, métaboliques (diabète, goutte, pathologie thyroïdienne ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies infectieuses ou virales (méningite, rhumatisme articulaire aigu, sida, hépatite ...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Méningite virale en 1934</i>									
	Maladies des os, articulations (arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies du système nerveux (sclérose en plaques, épilepsie, dépression nerveuse, vertiges, paralysie, accident vasculaire cérébral ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Maladies des organes des sens : - affection de l'appareil auditif - affection oculaire (myopie, amblyopie, décollement rétine, glaucome ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Myopie stabilisée</i> degré d'acuité									
	Maladie non citée ci-dessus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">avant correction</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">après correction</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; font-size: small;">Oeil Droit</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">03 / 10</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">10 / 10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; font-size: small;">Oeil Gauche</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">02 / 10</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">08 / 10</td> </tr> </table>		avant correction	après correction	Oeil Droit	03 / 10	10 / 10	Oeil Gauche	02 / 10	08 / 10
	avant correction	après correction											
Oeil Droit	03 / 10	10 / 10											
Oeil Gauche	02 / 10	08 / 10											

17	Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depuis quand - motif - taux (préciser à titre civil ou militaire)
	Etes-vous titulaire : - d'un taux d'incapacité permanente - d'une pension d'invalidité - d'une ALD, prise en charge à 100 %	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Une procédure est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18	Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	quantités journalières
	Fumez-vous ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19	Avez-vous sollicité des assurances de personnes ? (décès, incapacité, invalidité, maladies redoutées)	NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	quand - à quelles Compagnies - motif
	Ont-elles fait l'objet d'un refus, ajournement, restriction, surprime ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20	Pratiquez-vous ?	NON	OUI	préciser lesquels - fréquence - avec ou sans compétitions
	- des sports automobiles ? (karting, motocyclisme ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- des sports aériens ? (aviation, vol à voile, U.L.M, parapente, deltaplane, parachutisme ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- des sports équestres ? (trot attelé, sauts d'obstacles ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- des sports d'équipe ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- la plongée sous-marine :			
- avec bouteille ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- sans bouteille ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
préciser la profondeur				
	- d'autres sports ? (alpinisme, spéléologie ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21	Avez-vous ou devez-vous séjourner à titre professionnel hors de l'Union Européenne ?	NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	quels pays - fréquence - durée des séjours

22	Veuillez préciser les coordonnées de votre médecin habituel	nom - prénom - adresse - téléphone Docteur Liéuard 72, Bd de Baulle 75008 Paris 44 58 13 22

Je certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions du présent document et n'avoir rien dissimulé, ce qui entraînerait la nullité de l'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

FAIT A Laris LE 15 Mai 1994
SIGNATURE DU PROPOSANT Lu et Approuvé
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Lucie Gillou